



**65 YAŞ VE ÜSTÜ ONKOLOJİ HASTALARINDA
BAKIM BAĞIMLILIĞI, KIRILGANLIK, SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Betül ÇELİK
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi - 2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**65 YAŞ VE ÜSTÜ ONKOLOJİ HASTALARINDA BAKIM
BAĞIMLILIĞI, KIRILGANLIK, SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Betül ÇELİK

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yaşlılık.....	5
2.1.1. Yaşlılığın Tanımı	5
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Popülasyonu	6
2.2. Kanser	7
2.2.1. Kanserin Epidemiyolojisi	8
2.2.2. Kanser Etiyolojisi	9
2.2.3. Kanser ve Tedavi Yöntemleri	10
2.3. Bakım Bağımlılığı.....	11
2.3.1. Bakım Bağımlılığı.....	11
2.3.2. Yaşlı Kanser Hastalarında Bakım Bağımlılığı ve Hemşirelik Yönetimi	12
2.4. Kırılganlık	13
2.4.1. Kırılganlık Tanımı ve Kırılganlık Süreci.....	13
2.4.2. Yaşlı Kanser Hastalarında Kırılganlık ve Hemşirelik Yönetimi	14
2.5. Sosyal Destek.....	16
2.5.1. Sosyal Destek Kavramı.....	16
2.5.2. Yaşlı Kanser Hastalarında Sosyal Destek ve Hemşirelik Yönetimi	17

3. MATERYAL VE METOT.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	19
3.3.2. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkeni	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	20
3.4.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği	20
3.4.3. Edmonton Kırılganlık Ölçeği.....	21
3.4.4. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği	21
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA.....	58
EKLER	82
Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	82
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	83
Ek-3. Kurum İzni.....	85
Ek-4. Hasta Bilgi Formu	86
Ek-5. Bakım Bağımlılığı Ölçeği	88

Ek-6. Kırılmanlık leği	89
Ek-7. Sosyal Destek Hasta Formu	91
Ek-8. Ölçek Kullanım İzinleri.....	94



TEŐEKKÖR

Çalışmamda ve yüksek lisans dönemimde bilimsel bilgilerini ve yakın desteğini esirgemeyen bana yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Mehtap TAN 'a ve yüksek lisans sürecinde bilimsel bilgilerinden faydalandığım bütün hocalarıma,

En başından itibaren maddi manevi beni destekleyen sevgili eşime, hep bir adım ötesi için teşvik eden kardeşime, sonsuz sevgileri ile yanımda olan canım annem, babam ve abime, varlığı ile güç aldığım canım kızıma teşekkür ederim.

Betöl ÇELİK

ÖZET

65 Yaş ve Üstü Onkoloji Hastalarında Bakım Bağımlılığı, Kırılganlık, Sosyal Destek Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Amaç: 65 yaş ve üstü onkoloji hastalarında bakım bağımlılığı, kırılganlık, sosyal destek düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Temmuz 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Haziran-Aralık 2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Merkezi Kemoterapi Ünitesinde, Onkoloji Poliklinik ve Servisine başvuran hastalar, örneklemini ise dahil edilme kriterlerine uyan 287 hasta oluşturdu. Veriler ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Bakım Bağımlılığı Ölçeği’, ‘Edmonton Kırılganlık Ölçeği’, ‘Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği’ ile toplanmıştır. Veriler bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Varyans ve Kruskal Wallis kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplamından 69.46 ± 14.09 , Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplamından 7.81 ± 3.99 , Sosyal Destek Hasta Formu ve alt boyutlarından alınan puanların Güven Desteği alt boyutundan 55.46 ± 10.40 , Duygusal Destek alt boyutundan 51.92 ± 9.47 , Bilgisel Destek alt boyutundan 42.39 ± 8.56 ve Sosyal Destek Hasta Formu toplamından 149.79 ± 27.16 puan aldıkları belirlendi. Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$), Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile Sosyal Destek Hasta Formu, Güven Desteği, Duygusal Destek ve Bilgi Desteği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$), Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı ile Güven Desteği, Duygusal Destek, Bilgi Desteği alt boyutları puanı ve Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda hastalarda bakım bağımlılığının, kırılganlık düzeyinin orta, ve sosyal destek algıladıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça kırılganlık düzeyinin ve bakım bağımlılığının azaldığı belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular ışığında yaşlı onkoloji hastalarında planlanan hemşirelik bakımında rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım bağımlılığı, kırılganlık, onkoloji, sosyal destek, hemşirelik, yaşlı birey

ABSTRACT

Evaluation of Care Dependency, Frailty, Social Support Levels and the Relationship Between Them in Oncology Patients Aged 65 and Above

Aim: This study was conducted to examine care dependency, frailty, social support levels and the relationship between them in oncology patients aged 65 and above.

Material and Method: The research was conducted between July 2023 and December 2024. The universe of the research consisted of patients who applied to the Oncology Polyclinic and Service at the Atatürk University Research Hospital Central Chemotherapy Unit between June and December 2023, and the sample consisted of 287 patients who met the inclusion criteria. Data were collected using the 'Personal Information Form', 'Care Dependency Scale', 'Edmonton Frailty Scale', 'Cancer Patient Social Support Scale'. Data were analyzed using the t-test, Mann Whitney U test, Variance and Kruskal Wallis in independent groups.

Results: It was determined that the patients participating in the study scored 69.46 ± 14.09 from the total of the Care Dependency Scale, 7.81 ± 3.99 from the total of the Edmonton Frailty Scale, 55.46 ± 10.40 from the Trust Support sub-dimension of the Social Support Patient Form and its sub-dimensions, 51.92 ± 9.47 from the Emotional Support sub-dimension, 42.39 ± 8.56 from the Informational Support sub-dimension and 149.79 ± 27.16 from the total of the Social Support Patient Form. The difference between the total score of the Care Dependency Scale and the total score of the Edmonton Frailty Scale is statistically significant ($p < 0.05$)., The total score of the Care Dependency Scale and the Social Support Patient Form, Trust Support. The difference between Emotional Support and Information Support is statistically significant ($p < 0.05$), the difference between the Edmonton Frailty Scale total score and the Confidence Support, Emotional Support, Information Support sub-dimensions score and the Social Support Patient Form total score is statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that the patients' care dependency and fragility levels were moderate and their perceived social support was high. It was determined that as the patients' perceived social support increased, the fragility level and care dependency decreased. In light of the findings obtained from the study, it is thought that it will guide the planned nursing care of elderly oncology patients.

Keywords: Care dependency, frailty, oncology, social support, nursing, geriatric

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BBÖ	: Bakım Bağımlılığı Ölçeği
DNA	: Deoksiriboz Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KHSDÖ	: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UV	: Ultraviyole Işınlr
WHO	: World Health Organization



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Çalışmanın incelenmesinde yararlanılan testler	23
Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	23
Tablo 3.3. İç geçerlilik katsayıları.....	24
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	25
Tablo 4.2. Bakım bağımlılığı ölçeğinden alınan puanların dağılımı	26
Tablo 4.3. Edmonton kırılabilirlik ölçeğinden alınan puanların dağılımı	27
Tablo 4.4. Kanser hastası sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	27
Tablo 4.5. Demografik özelliklere göre bakım bağımlılığı ölçek puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 4.6. Demografik özelliklere göre Edmonton kırılabilirlik ölçek puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.7. Demografik özelliklere göre kanser hastası sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.8. Çeşitli değişkenler ile bakım bağımlılığı ölçeği, edmonton kırılabilirlik ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	38
Tablo 4.9. Bakım bağımlılığı ölçeği, edmonton kırılabilirlik ölçeği ve sosyal destek hasta formu arasındaki ilişkinin incelenmesi	40

1. GİRİŞ

Yaşlanma doku ve organlardaki yenilenme ve onarma gücünün azalmasıdır (Khan ve ark., 2017). Fizyolojik sürecin bir parçası olan yaşlılık, vücut fonksiyonlarının azalmaya başladığı, dış etkenlere karşı homeostazisin sürdürmenin zorlaştığı, bireyde psikolojik, bilişsel ve sosyal değişiklere yol açan geri dönüşü olmayan, ilerleyici ve yaşamın kaçınılmaz bir sonudur (Beğer ve Yavuzer, 2012; Can ve Aslan, 2014). Günümüzdeki teknoloji, tıp, eğitim gibi birçok alandaki gelişmeler nedeniyle insanlardaki beklenen yaşam süresi artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 ile 74 yaş aralığına genç yaşlı, 75 ile 84 yaş aralığına orta yaşlı, 85 ve üzerini ileri yaşlı ve 100+ olanları ise asırlık sınıflamaktadırlar (Chalise, 2019).

Dünyanın birçok ülkesinde yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Küresel 65 yaş ve üstü yaşlı nüfus oranı 2019 ‘ da %9 iken 2050’de her altı kişiden birinin 65 yaş ve üzeri olacağı ve yaşlı nüfus oranının %16’a yükseleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2019). Türkiye’ de ise bu oran 2018 de %8.8 iken 2023 yılında %10.2’e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre 2040 yılında %16.3’e yükseleceği öngörülmüştür (TÜİK, 2023).

Kanser anormal yapıdaki vücut hücrelerinin normal sınırların üstünde büyümesi ve başka bölgelere yayılım göstermesi ile tanımlanan bir hastalık grubu olarak adlandırılmaktadır. Yaş artması ile birlikte hücresel onarım mekanizmalarının inaktif olmaya başlamasından dolayı yaş arttıkça kanser tanısı alan hastaların sayısı artış göstermektedir (WHO, 2022). Dünya Sağlık Örgütü 2024 açıkladığı verilere göre yaklaşık 20 milyon insana kanser teşhisinin konduğu ve yaklaşık 10 milyon kişinin de kanser hastalığından kaynaklı öldüğünü açıklamıştır (WHO, 2024)

Hızlı bir şekilde artan yaşlı nüfus beraberinde kronik hastalıkların görülme sıklığını da arttırmıştır (Tekin ve Kara, 2016). Düşük ve orta gelirli ülkelerde 2020 yılında 6 milyon kanser tanısı alan 60 yaş ve üzeri hastanın olduğu ve bu sayısının 2040 yılında

11.5 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Pilleron ve ark., 2023). İleri yaş kanser açısından önemli bir risk faktörüdür. Zamanla biriken DNA hasarı kanser ile ilişkilendirilir (Laconi ve ark., 2020).

Kanser hastalarında hastalıklarından kaynaklanan nedenlerden dolayı fiziksel, sosyal, psikolojik gibi birçok açıdan negatif değişimler görülmektedir. Hastalarda yaştan ilerlemesi, tanı ve tedavi süresinin uzun olması, hastalığın semptomlarının ve tedavi yöntemlerinin istenmeyen yan etkilerinin zor olması hastalarda fonksiyonel kapasiteyi düşürmekte ve bakım bağımlılığı düzeyini arttırmaktadır (Akin ve Kas Guner, 2019; Korhan ve ark., 2013). Bakım bağımlılığı, öz bakım becerileri azalan bireylerin ihtiyaçlarının sağlık profesyonelleri tarafından karşılanmasıdır. Gerçekleştirilen bu bakımın amacı bireyin öz bakım ihtiyaçlarını gidermek ve bağımlılık düzeyini azaltmaktır. Bu bakım sürecinde hemşirelik bakımı önemli bir rol oynamaktadır (Yönt, 2023).

Kronik hastalığı sahip hastaların Bakım bağımlılığı hastanın tedavi sürecini, aile ve sosyal ilişkisini, bağımsızlık düzeyini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Yönt, 2023). Bireyin kişisel ihtiyaçlarını karşılanmasında bağımlılık ve bağımsızlık durumunun belirlenmesinde, kişiselleşmiş hemşirelik bakımının planlanmamasında hemşireye olanak sağlar ve temel zemin oluşturur (Ceyhan ve Ünsal, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılında, Sağlıklı Yaşlanma Klinik Konsorsiyumu kırılganlığı şu şekilde tanımlamıştır: “Yaşlı bireylerin artan hassasiyet nedeniyle günlük veya ani stres faktörleri ile başa çıkma becerisinin bozulduğu, yaşa bağlı fizyolojik rezervlerin azalmasına ve organ sisteminin işlevinin azalmasına neden olan, klinik olarak tanınan bir hastalıktır” (WHO, 2018). Çok boyutlu bir kavram olan kırılganlık yaştan ilerlemesi ile ortaya çıkmaktadır. Yaştan ilerlemesiyle beraber fonksiyonel yeteneğin azalması ve sosyal izolasyon yaşlı hastalarda kırılganlık riskini arttırmaktadır (Oksel ve

Turan, 2024). Kanser tanısı almış yaşı bireylerde kırılabilirlik durumunun görölme olasılığının daha yüksek olduğı vurgulanmaktadır (Goede, 2023). Kırılabilirlik ciddi bir problemdir. Bu nedenle kırılabilirlik sürecini yönetmek ve müdahale etmek önemlidir. Kırılabilir kişilere yapılan beslenme, egzersiz, psikolojik destek ve bireysel müdahale kırılabilirlik düzeyini azaltmada ve tekrar homeostatik dengeyi kurmada etkilidir (Uchmanowicz ve ark., 2018).

Yaşlılığın getirdiğı fizyolojik gerilemeler ve kanser hastalığının yarattığı duygusal ve fiziksel stres yaşlı kanser hastalarında fiziksel, ekonomik, tıbbi, duygusal ve bilgilendirici alanlarda sosyal destek ihtiyacı yaratmaktadır (Kadambi ve ark., 2020). Bu bağlamda özellikle ileri yaştaki hastalarda daha fazla psikososyal problemler görüldüğü daha fazla psikolojik ve sosyal destek ihtiyacı duyduğu bildirilmiştir (Özdemir ve ark., 2013). Kanser hastalarının temel ihtiyaçlarının giderilmesi ve düzenli sosyal destek görmeleri bu hastalarda fiziksel ve bilişsel düşüşü azalttığı, duygusal refahı sağladığı ve tedavi sürecinde prognozalarının daha iyi olduğunu göstermiştir (Durá-Ferrandis ve ark., 2017). Yeterince algılanan sosyal destek, hastadaki kanserden kaynaklı stresin etkisini en aza indirmesinde, fiziksel ve psikolojik problemlerin önlenmesinde fazlasıyla etkin rol oynadığı bilinmektedir. Kanser hastalarında yüksek sosyal destek algısı başa çıkma becerileri, psikososyal uyumu ve sağlıklı davranış gösterme üstünde olumlu etkiye sahiptir (Taywade, 2018).

Tüm kronik hastalıkların yönetiminde olduğu gibi kanser hastalığının sürecinde de hemşirelerin rolü yönetimin her yönünü kapsar. Hemşireler bu süreci tedavi ve bakım veren, eğitim planlayan ve gerçekleştiren, danışmanlık yapan ve psikososyal destek sağlayan rollerdedir bu nedenle bütün süreç tüm yönleriyle planlanıp uygulanmalıdır (Donovan ve Greenwell, 2021).

Literatürde, kronik hastalıkların varlığı ve ileri yaşı hastalarda öz bakım gücünü azalttığı ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumuna neden olabildiği saptanmıştır (Bilgin ve ark., 2020). Ayrıca yaşlı kronik hastaların bakım bağımlılığı düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Özbudak ve Şahin, 2021). Kırılganlık düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalar ise yaşlı kanser hastalarında kırılganlık görülme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Atakul ve Akyar, 2019; Handforth ve ark., 2015). Kırılganlık düzeyi arttıkça günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılamada daha bağımlı oldukları görülmüştür (Lee ve Park, 2023). Kanser hastalarının sosyal destek düzeyi incelendiğinde ise algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olması tedavinin seyrinde olumlu etki yarattığı ve yaşam kalitelerini arttırdığı görülmüştür (Aydın Sayılan ve Demir Doğan, 2020; Çalışkan ve ark., 2016; Dedeli ve ark., 2008).

Belirlenen konular hakkında literatür incelendiğinde yaşlı kanser hastalarında bakım bağımlılığı, kırılganlık ve sosyal destek ile ilgili ayrı ayrı çalışmalar yapıldığı görülmektedir (Atakul ve Akyar, 2019; Bilgin ve ark., 2020; Çalışkan ve ark., 2016). Ancak 65 yaş ve üstü onkoloji hastalarında bakım bağımlılığı, kırılganlık ve sosyal destek düzeyleri ve aralarındaki ilişkini incelenmesi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yapılan bu çalışmanın amacı 65 yaş ve üstü onkoloji hastalarının tedavi sürecinde yaşadıkları bakım bağımlılığı, kırılganlık, sosyal destek düzeylerini belirlemek; aynı zamanda aralarındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırmanın soruları:

- 1) Yaşlı onkoloji hastalarında bakım bağımlılığı düzeyi nasıldır?
- 2) Yaşlı onkoloji hastalarında kırılganlık düzeyi nasıldır?
- 3) Yaşlı onkoloji hastalarında sosyal destek düzeyi nasıldır?
- 4) Yaşlı onkoloji hastalarında bakım bağımlılığı, kırılganlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlanma, var oluş ile başlayan yaşamın ölümle sonlanmadığı sürece ömür boyu devam eden doğal bir süreçtir (Chalise, 2019). Yaşlanma bireyde içsel fizyolojik bozulma sebebiyle bireyin yaşına özgü uyum kabiliyetinde kalıcı düşüş olması halidir (Rose ve ark., 2012). Kişiden kişiye farklılık gösteren yaşlanma organizmada kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden geriye dönüşümsüz farklılıklara neden olan gelişimsel sürecidir (Çunkuş ve ark., 2019). Birleşmiş Milletler yaptığı çalışmalarda 60 yaş ve üzerini yaşlılık dönemi olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise 65 yaş ve üstünü yaşlılık dönemi olarak benimseyip 65-74 yaş aralığı “genç yaşlı”, 75-84 yaş aralığı “orta yaşlı”, 85 yaş ve üzeri ise “çok ileri yaşlı” şeklinde sınıflandırmıştır (Tekin ve Kara, 2016). Yaşlılık dönemi genellikle dört boyutta değerlendirilmektedir (Tereci ve ark., 2016).

Kronolojik Yaşlılık: Kişinin doğumu ile başlayan içinde bulunduğu zamana kadar geçen süreye denir (Séguy ve ark., 2019).

Biyolojik Yaşlılık: Bireylerde yaştan artmasıyla ortaya çıkan ilerleyici ve geri dönüşümsüz olan vücuttaki doku ve organların onarım ve rejeneratif gücünün azalmasıdır. Kronolojik olarak aynı yaşa sahip bireyler genetik ve çevresel faktörler nedeniyle farklı şekilde biyolojik yaşlanma süreci yaşayabilirler (Khan ve ark., 2017).

Psikolojik Yaşlılık: Yaşlanma ile bireyde meydana gelen fizyolojik bozulmalar beraberinde ruhsal ve bilişsel gerilemelere neden olabilmektedir. Psikolojik yaşlanma, bireylerde anlama, algılama, akıl yürütme, öğrenme gibi bilişsel yeteneklerde gerilemeler ve depresyon, ölüm korkusu, uyku problemleri, yetersizlik hissi gibi ruhsal değişimler görülebilmektedir (Ağar, 2020).

Sosyolojik Yaşlılık: Yaşlanma her ne kadar bireysel olsada toplumdan etkilenen, bireyin toplumdaki rolleri ve statüsü nedeni ile toplumu etkileyen bir süreçtir. Yaşlanma sürecinde bireyin sosyal rollerinde genellikle bir düşüş vardır. Bireyin çalışmaması, hastalıklar, çocukların çeşitli sebeplerle evden ayrılması, arkadaşlarının ölümleri gibi nedenler bireyde sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Sosyolojik bakımdan yaşlanma, yaşlanan bireyin toplum üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkileşimidir (Nazlı, 2016).

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Popülasyonu

Doğum oranlarının düşmesi, yetişkin ölümlerinin azalması ve yaşam süresinin artması dünya nüfustaki yaşlılık oranının artmasına neden olmuştur (Tekin ve Kara, 2016). Dünyadaki birçok ülke bu durumu yaşamaya başlamıştır. Dünya genelinde 2019 da 65 yaş üstü 703 milyon kişi var iken bu rakamın 2050 de bu sayının 1.5 milyar olması beklenmektedir (WHO, 2019). Birleşmiş Milletler yaşlı nüfus tahminlerine göre 2023 yılında dünyada en fazla yaşlı nüfusa sahip ülkeler %35.8 ile Monako, %30.1 ile Japonya, %24.5 ile İtalya olmuştur. Yaşlı nüfusu en düşük ülkeler ise %1.6 ile Katar, %1.7 ile Uganda, %1.8 ile Zambiya olmuştur. Dünya 2023 yaşlı nüfus ortalaması %10 ve Türkiye %10.2 oranı ile ortalamanın üstündedir (TÜİK, 2024).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 de yayınladığı raporda 65 yaş ve üstü bireyleri yaşlı olarak değerlendirmiştir. Türkiye’deki yaşlı nüfus sayısını 2020 de 7 milyon 935 bin 555 kişi iken 2023’teki raporda 8 milyon 722 bin 806 kişi olarak açıklanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus verilerine göre yaşlı nüfus oranının sürekli arttığı, 2023’te %10.2 olan bu oranın 2040 da %16.3, 2080 ise %25.6 olacağı tahmin edilmiştir (TÜİK, 2023).

Günümüzde yaşanan küresel yaşlanma, ülkemizde de doğurganlık düzeyinin azalması, ölüm hızının düşmesi ve insanların yaşam süresinin artması ülkemizi

“demografik dönüşüm” sürecine dahil etmiştir. Yaşlı nüfus oranı fazla olan ülkelere göre Türkiye’nin genç nüfus oranı yüksek olsa da hızlı bir şekilde yaşlanmaktadır (TÜİK, 2023).

2.2. Kanser

Kanser anormal yapıdaki hücrelerin vücudumuzda kontrolsüz bir şekilde çoğalması ve birikmesi, bağışıklık sisteminin de bu durumu anormal olarak nitelemesidir (Yin ve ark., 2021). Başka bir deyişle kanser genetik faktörler, çevresel etmenler, zararlı maddelerin kullanımı, virüsler, bakteriler gibi birçok etkenden dolayı hücrelerin kontrol edilemez şekilde çoğalmasıdır. Hücrelerin kontrolü ve çoğalması genler tarafından yapıldığından kanser genlerle ilgili hastalıktır. Vücuttaki kanser hücreleri sadece bir organ üstünde yayılım gösterebileceği gibi birden fazla organ üzerinde de yayılım gösterebilir (Baykara, 2016). Anormal şekilde büyüyen kanser hücreleri yayılım gösterdiği doku veya organların fonksiyonlarını yerine getirmesini engellemektedir. Kanserin oluşmasına neden olan maddelere "karsinojen (kanserojen)" denir. Kanserin meydana gelme durumunu ise "karsinogenezis" olarak adlandırılır. Karsinogenezisin oluşum mekanizmasında normal vücut genleri olan protoonkogenlerin kanserojen maddelere maruz kalıp farklılaşması ve onkogenlere dönüşmesi, hücre tamirinde rol oynayan tümör baskılayan genlerin başarısız veya inaktif olması ve bunun sonucunda apoptoz genlerin oluşumu ve normal hücre döngüsünün bozulması kansinogenezisin oluşumunda rol oynamaktadır. Bu mekanizmanın son evresi ise metastazdır. Metastaz, kanser hücrelerinin başka bir alanda yayılım göstermesidir. Kanser tedavisinin başarısız olmasında önemli rol oynamaktadır (Ovayolu ve Ovayolu, 2016). Kanser dünya çapında en yaygın hastalık ve ölüm nedenlerinden biridir. Son yıllardaki tarama programlarının ve erken tanı testlerinin artması kanser görülme oranını giderek arttırmaktadır. Bu

nedenle 1940 yılından beri dünya genelinde onkolojik rehabilitasyon alanında çalışmalar devam etmektedir (Kocamaz ve ark., 2019).

2.2.1. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisinin amacı dünyada öne çıkan 15 kanser türünün olası nedenleri, nüfustaki görülme sıklığı, mortalitesi ve yaşam beklentisi hakkında bilgi toplamak ve yeni bilgiler sunmaktır (Mattiuzzi ve Lippi, 2019). Dünyada ve ülkemizde kanser, kalp-damar hastalıklarında sonra ikinci ölüm nedenidir. Dünya çapında her 6 kişiden 1'i, ülkemizde ise her 5 kişiden 1'i kanserden dolayı ölmektedir. Yaşla birlikte artan riskler nedeniyle kanser görülme sıklığı önemli ölçüde artmıştır (Deniz, 2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 raporunda 2018 de 18.1 milyon kanser vakası, 9.6 milyon kanser kaynaklı ölümün olduğunu açıklamıştır (WHO, 2020). Dünya Sağlık Örgütünün 2022'deki raporunda ise 19 milyon 976 bin 499 kişinin yeni kanser tanısı aldığı ve 9 milyon 743 bin 832 kişide bu nedenle öldüğü kaydedilmiştir. Dünya genelinde en çok görülen kanser türlerinin %12.4 ile akciğer, %11.5 ile meme, %9.6 ile kolorektal kanseri olduğu görülmüştür (WHO, 2022)

Dünya Sağlık Örgütü verilere göre 2022 de Türkiye' de 240 bin 13 kanser vakası olduğu ve 129 bin 672 kişinin de kanser nedeniyle öldüğünü açıklamıştır. En sık görülen türler ise %17.1 ile akciğer kanseri, %10.5 ile meme, %9.0 ile kolorektal kanseridir. Cinsiyete göre kanser türlerinde ise kadınlarda en çok %23.5 ile meme, %11.6 ile trioid, %9.3 kolorektal olduğu, erkeklerde ise en çok % 24.9 ile akciğer, %13.0 ile prostat, %8.8 kolorektal olduğu görülmüştür (WHO, 2022).

Türkiye İstatistik Kurumu 2023 verilerine göre ülkemizdeki 65 yaş ve üstü yaşlıların %78.7 de bir veya birkaç kronik hastalık bulunmaktadır (TÜİK, 2024). Dünya Sağlık örgütü raporlarına göre ülkemizde 2022 de 240 bin 013 kanser vakasının 109 bin 570' ni 65 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. Yaşlılarımızda en çok görülen kanser türü %19.7

ile akciğer kanseri, %10.7 ile kolorektal kanseri, %10.6 ile mide kanseri görülmektedir (WHO, 2022).

2.2.2. Kanser Etiyolojisi

Kanserin etiyolojisi incelendiğinde birden fazla faktörün neden olduğu bildirilmiştir. Bunlar genetik, bakteri ve virüsler, ultraviyole (UV) ışınlar, beslenme ve hareketsiz yaşam, tütün ve alkol kullanımı, hormonlar, radyasyon gibi nedenler vardır.

Genetik Faktörler: Kalıtım nedeniyle kanser olma oranı %10 ile %15 dir (Yokuş ve Çakır, 2012). İnsan vücudunda kanser oluşmasında sebep olan 100 gen bulunmaktadır. Genlerdeki belirli dizilimin kalıtım yoluyla aktarılması kansere karşı genetik duyarlılık oluşturmaktadır. Kolon, Meme ve bazı jinekolojik kanserlerde genetik duyarlılık önemli bir faktördür (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Ultraviyole Işınlar: UV ışınlar cilt kanserinin önemli risk faktörlerinden biridir. Bu durum %80 önlenabilmektedir (Jones ve ark., 2020). UV ışınlarına maruz kalmak DNA da hasar oluşturur (Sümen ve Öncel, 2018). Genellikle orta ve ileri yaştaki bireylerde görülmektedir (Catalano ve ark., 2019).

Alkol ve tütün kullanımı: Kanserin %30-40 yaşam tarzı ve alışkanlıkların değiştirilmesiyle önlenebileceği düşünülmektedir (Friedenreich ve ark., 2021). İnsan kanserojeni olarak değerlendirilen alkol, dünya genelinde kanserden kaynaklanan ölümlerin önemli risk faktörü değerlendirilmektedir. Tütün kullanımı akciğer kanseri, mide kanseri, karaciğer kanseri gibi birçok kanser türünde risk oluşturmaktadır. Tütün ürünleri, nikotin ve uçucu organik maddeler gibi kanserojen maddeler içermektedir (Maomao ve ark., 2022).

Beslenme ve Hareketsiz Yaşam: Sağlıklı bir diyet, dengeli vücut ağırlığı ve fiziksel aktivite kansere yakalanma olasılığını %5 ila %34 arasında azaltabileceği öngörülmektedir. Öğünlerinde ağırlıklı olarak sebze ve meyveler, baklagil ve tahıl

tüketen bireylerin yağlı besin tüketen bireylere göre kansere yakalanma riski daha düşüktür (Pekmezci ve Başaran, 2021). Kanser riski hareketsiz yaşayan ve obez kişilerde artmaktadır (Çevik ve Pirinçci, 2017).

Hormonlar: Hormonların vücuttaki fonksiyonlarından biri de hücre bölünmesini sağlamaktır ama fazla miktarda hormon salınımı kansere yol açabilmektedir (Casciato ve ark., 2004). Östrojen, progesteron gibi hormonlar DNA üzerindeki etkisi nedeniyle risk oluşturabilmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Radyasyon: İyonlaşmamış radyasyon bulunduran cep telefonu televizyon gibi eşyalar kanser açısından risk oluşturmuyor iken iyonlaşmış radyasyon kanser açısından risk oluşturmaktadır. İyonlaşmış radyasyon iki şekilde risk oluşturmaktadır. Birincisi yüksek miktarda ve uzun sürede iyonlaşmış radyasyona maruz kalmak. Bu durum lösemi, lenfoma ve cilt kanseri açısından risk oluşturur. İkincisi ise yoğun radyoaktif reaksiyon sırasında çevreye yayılan radyoaktif etkenlere uzun süre ve yavaş yavaş maruz kalmak. Bu durumda tiroit, kemik, lenfoma gibi kanserler açısından risk oluşturmaktadır (Casciato ve ark., 2004).

2.2.3. Kanser ve Tedavi Yöntemleri

Kanser hastalığının bireysel bir hastalıktır ve tedavisinde hastalar arasında farklılık göstermektedir (Baykara, 2016). Kanser tedavisinde genellikle kemoterapi, radyoterapi, hormonal tedavi, cerrahi tedavi ve immünoterapi gibi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Bunların bir ya da birkaçı beraber kullanılabilir (Baykara, 2016).

Kemoterapi: 1950' den beri kullanılan bir tedavi şekli olan kemoterapi, kanserli hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesini ve çoğalmasını engellemek aynı zamanda kanserli hücreleri tamamen yok etmek amacıyla kullanılan ilaçlı tedavi yöntemidir. Bu ilaçlar kemoterapötikler, antineoplastik ilaçlar veya sitotoksik ajanlar olarak adlandırılmaktadır (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Radyoterapi: Kanser tedavisinde sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olan radyoterapi, kanser hastalarında %50 ile %60 oranında kullanılan bir tedavi yöntemidir. Radyoterapi tedavisinin amacı iyonize radyasyon ile kanser hücrelerinin yok olmasını sağlamaktır. Radyoterapinin dezavantajlarından biri kanserli hücre ile beraber sağlıklı hücrelerinde hasar görmesi veya yok olmasıdır (Sis Çelik, 2014).

Hormonal tedavi: Hormonlar vücut tarafında doğal olarak salgılanan ve gereksinim durumunda vücut dışında da uygulanan kimyasallardır. Hormonların doku ve organlar üzerinde kontrol etkisi sayesinde kanser hücrelerinin büyümesi engellenebilmektedir (Baykara, 2016).

Cerrahi tedavi: Kanserde cerrahi tedavi yöntemi birçok amaçla kullanılmaktadır. Bunlar farklı yöntemlerle yapılan tanı amaçlı cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapinin daha başarılı olması için kanserli alanı küçültme, kanserli alanının tamamen çıkarılması, bazı kanser türlerinde önleyici amaçlı yapılan cerrahi tedavi, palyatif ve plastik amacıyla yapılan cerrahi tedavi yöntemi gibi amaçlar için kullanılmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005).

İmmünoterapi: Vücudun bağışıklık sistemini monoklonal antikorlar, kanser aşılı, immün sistem kontrol inhibitörleri gibi yöntemlerle aktifleştirmek ve kanser hücreleriyle mücadele etmesini sağlayıp tedavi etmektir (Özlük ve ark., 2017).

2.3. Bakım Bağımlılığı

2.3.1. Bakım Bağımlılığı

Bakım kavramı, kişinin kendi biyolojik, psikolojik, sosyal boyutlarda ihtiyaçlarını karşılaması aynı zamanda başkasının da bir birey olduğunu bilincinde olup onun da ihtiyaçlarına duyarlı olmasıdır (Göçmen Baykara, 2014). Bakım kavramının birden fazla yönü vardır (Öner Altıok ve ark., 2011). Biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle çok

boyutlu bir kavramdır. Bakım, başkaları tarafından da karşılanması gerektiği için bunu yapabilecek profesyonellere ihtiyaç vardır (Göçmen Baykara, 2014).

Bakım bağımlılığı, bakım kabiliyeti azalan bireylerin, bağımlılık seviyesine göre sağlık profesyonelleri tarafından sunulan destektir (Dijkstra ve ark., 2005). Bakım ihtiyaçlarını tanımlamak için kullanılan kavramlardan biri olan bakım bağımlılığı; öz bakım yetenekleri gerilemiş ve bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda belirli düzeyde bağımlı olan hastanın, bakım ihtiyaçlarını gidermek ve tekrar bağımsızlık kazandırmak amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından bakım ihtiyaçlarının karşılanmasıdır (A. Dijkstra ve ark., 1999). Bakım bağımlılığı, son derece kompleks bir kavramdır, özeldir ve hastaların özbakımında destek gerektiren alanları gösterir (Boggatz ve ark., 2007). Hastalık veya sakatlık durumlarından dolayı meydana gelebilen bakım bağımlılığı geçici veya kalıcı olabilir. (Lohrmann ve ark., 2003). Bakım bağımlılığı, bireylerin ihtiyaçlarının çeşitlilik göstermesi ve aldıkları bakım desteğinden beklentilerinin farklı olmasından dolayı sağlık profesyonellerinin sağladığı bakım desteğinde farklı boyutlardadır. Sağlık profesyonelleri tarafında verilen bakım desteğini bireyleri ve toplumu toplumu sağlık konusunda bilgilendirmek, hastalıklarla başa çıkma yeteneklerini geliştirmek ve yaşam kalitesini arttırmayı sağlamak açısından önemli rol oynamaktadır (Yönt, 2023).

2.3.2. Yaşlı Kanser Hastalarında Bakım Bağımlılığı ve Hemşirelik Yönetimi

Yaşlanma süreci vücudu hastalıklara karşı daha duyarlı hale getiren ve geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan bir süreçtir. Bu durum yaşlı bireylerin hem sağlık hizmeti ihtiyacını arttırmakta hem de bakım bağımlılığı düzeyini artırmaktadır (Puto ve ark., 2021). 65 yaş ve üstü bireylerde kavramsal, sosyal, yaşamsal alanlardaki yetersizlikler onları daha bağımlı hale getirmektedir (Doroszkievicz, 2022). Kanser tanısı alan hastaların içindeki yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (Hsu ve ark., 2023). Yaşlı

kanser hastalarında öz bakımda yetersizlik, dengesiz beslenmek, kişisel ihtiyaçları giderememek, yorgunluk, uyku problemleri, aktivite intoleransı gibi problemler daha sık görülmektedir. Yaşlı kanser hastaları birçok alanda daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır bu durumda onları bakım ihtiyaçlarını gidermede daha bağımlı hale getirmektedir (Ayvat ve Özbaş, 2021).

Hemşirelik ve bakım kavramı birbiriyle örtüşen iki kavramdır. Hemşirelik, temel odak noktası bakım olan ve bakımı uygulayacak olan sağlık profesyonelleridir (Karaca ve Durna, 2018). Hastaların bakım ihtiyaçlarını ve bakım bağımlılığı düzeyini belirlemek bakım planlaması sürecinde hemşireye kişiselleştirilmiş bakım olanağı tanır (Yönt, 2023). Kronik hastalığı olan bireylerin daha çok günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bakım desteğine ihtiyaçları vardır ve bu hastaların bakım bağımlılığı düzeyinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu hastaların bakım bağımlılığı düzeyinin belirlenmesi, planlanan bakımın uygulanmasında ve bakımın kaliteli olmasında önemli bir rol oynamaktadır (Kılıç ve ark., 2017). Bakım bağımlılığı olan hastalara sunulan hemşirelik bakımında, hastalara eğitim verilip bilgilendirilmeleri, hastaların bakıma katılımının sağlanması ve desteklenmesi önemli unsurlardır (Özbudak ve Şahin, 2021). Kaliteli bir hemşirelik bakımı hastanın fonksiyonel kapasitesinin artmasında, tedavi sürecine uyumunun sağlanmasında, bakım bağımlılığı düzeyinin azalmasında ve dolayısıyla yaşam kalitesinin artmasında etkilidir (Yönt, 2023).

2.4. Kırılganlık

2.4.1. Kırılganlık Tanımı ve Kırılganlık Süreci

Kırılganlık, fizyolojik rezervlerde azalma ve bozulma, strese karşı artan hassasiyet ve düşme, fizyolojik gerileme, erken ölüm, hastane ve bakım tesislerinde yatış gibi kötü sonuçlara neden olabilen klinik bir durumdur. Kırılganlık duysal, nörolojik ve kas-iskelet sistemlerinin bozulması ile ilgilidir (Dent ve ark., 2023). Fried ve meslektaşları

2001 de kırılganlığı; bir yıl içinde %5 ve üzeri kilo kaybı, tükenmişlik, yürüyüş hızında yavaşlama, zayıflık, düşük fiziksel aktivite kriterlerinden 3 veya daha fazlasının bireyde olması durumu olarak tanımlamışlardır (Hoogendijk ve ark., 2019). Kırılganlık kavramı sürekli değişmesine ve gelişmesine rağmen üç açıdan tutarlı kalmıştır. Birincisi, kırılganlık çok boyutlu bir kavramdır ve psikososyal ve fiziksel unsurlardan etkilenmektedir. İkicisi, yaş arttıkça görülmesi artmakta ve yaşlanmanın bir sonucudur. Üçüncüsü, kırılganlık dinamik bir süreçtir (Markle and Browne, 2003). Kırılganlık üç evre olarak sınıflandırılmıştır. Kırılganlık öncesi, kırılganlık aşaması ve kırılganlık sonrası evreleri. Kırılganlık tanısı için gösterilen kriterlerden üçten daha az kriterin görüldüğü evre kırılganlık öncesidir. Kırılganlık öncesi, kırılganlığın önlenebileceği düşünülen evredir. Kırılganlık aşamasında ise fizyolojik rezervlerin azalmaya başladığı, vücudun streslere karşı yeterince tepki veremediği ve homeostasis yeterince sağlayamadığı evredir. Kırılganlığın son aşaması ise hastada ilerleyici ve geriye dönülmez şekilde hasarların oluştuğu ve ölümle sonuçlanabilen bir evredir (Ahmed ve ark., 2007).

2.4.2. Yaşlı Kanser Hastalarında Kırılganlık ve Hemşirelik Yönetimi

Yaşlı nüfusun önemli sorunlarında bir tanesi de kırılganlıktır. 80 yaş ve üzeri yaşlıların en az dörtte birinde kırılganlık görülmektedir (Fried ve ark., 2001). Kırılganlık geriatrik bir sendrom olarak değerlendirilmektedir (Kuzuya, 2012). Yaşlı nüfus arttıkça kırılganlık sorununun da artacağı öngörülmektedir. Kırılganlık kavramı kanser hastalığı için önemli bir kavramdır. Kanser tanısı konulan hastaların büyük bir kısmını yaşlılar hastalar oluşturmakta ve kanser hastalığı nedeniyle ölenlerin %80' ini yaşlı kanser oluşturmaktadır (Siegel ve ark., 2018). Yaşlı kanser hastalarında, kanser hastalığı varlığı ve kanser tedavisini istenmeyen yan etkileri, fizyolojik rezervleri daha fazla etkilemekte ve hastada ekstra stres oluşturmaktadır. Bu nedenle yaşlı kanser hastalarında kırılganlık

görölme riski daha yüksektir (Ethun ve ark., 2017) Yaşlı kanser hastaları genç kanser hastalarına göre tıbbi komplikasyonlara ve hastalığın olumsuz seyrine daha eğilimlidir. Yaşlı kanser hastalarında kırılgnlık nedeni ile kemoterapi intoleransı, ameliyat sonrası komplikasyon, tedaviye olumsuz cevap gibi riskler daha yüksektir. Bu nedenle bu hastalarda uzun vadeli tedavi başarısı sağlamak zordur (Jespersen ve ark., 2021).

Kırılgnlık, bireyi birden fazla yönden etkileyen ve hızlı bir şekilde artan küresel bir sağlık problemidir (Clegg ve ark., 2013). Tedavi süresi boyunca yaşanabilecek olumsuz durumların öngörölüp engellenmesi için Uluslararası Geriatrik Onkoloji Derneği 70 yaş ve üstü kanser hastaları için geriatrik değerlendirme yapılmasını önermektedir (Kenis ve ark., 2013).

Kırılgn bireylere birden fazla bakım modeli uygulanmaktadır. Kullanılan bu bakım modellerinin temellerini hastanın bakım ihtiyaçlarını belirlemek ve gidermek, kırılgnlık eğitimi vermek, sağlık profesyonelleri arasında koordinasyonu sağlamak oluşturmaktadır (Feiring, 2022). Kırılgnlık doğru müdahalelerle engellenebilen ve iyileştirilebilen bir durumdur. Bu nedenle, hemşirelik bakımı kırılgnlık sürecinin önemli bir parçasıdır (Kapucu ve Ünver, 2017). Kırılgn bireye sadece fiziksel kırılgnlık yönüyle değil psikolojik ve sosyal kırılgnlık yönüyle de yaklaşılmalıdır (Gobbens ve ark., 2010). Hemşirelik bakımı, kırılgn bireyin beslenme durumu, fiziksel hareket durumu, kullandığı ilaçlar ve sayısı, düşme riski ve engellenmesi, psikolojik durumu ve tedaviye uyum süreci ile ilgili faaliyetleri içermeli ve bu doğrultuda hemşirelik bakımı planlanıp uygulanmalıdır. Beslenme bozukluğu olan kırılgn bireyin risk faktörünü tanımlanıp kişiye özel bir yaklaşım uygulanmalıdır (Uchmanowicz ve ark., 2018). Polifarmasi durumunda hastanın ilaç dozunu, sayısını ve tedaviye uyumu gözden geçirilip, hekim ile değerlendirilip planlanmalıdır (Pulignano ve ark., 2010). Hastanın genel fiziksel durumu göz önünde bulundurularak egzersiz programları düzenlenmelidir

(Theou ve ark., 2011) Psikososyal desteğin tedavi süreci üzerinde olumlu etkileri vardır. Bu nedenle bu sürece aile ve arkadaşları da dahil edilmelidir (Uchmanowicz ve ark., 2018). Hemşirelik bakımı bu süreçte çok boyutlu ve önemlidir. Hemşirelik bakımı kırılabilirliği azaltmaya, engellemeye ve tekrardan homeostatik dengeyi sağlamaya yönelik olmalıdır (Uchmanowicz ve ark., 2018).

2.5. Sosyal Destek

2.5.1. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek kavramı, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda, bilgilendirici, somut, duygusal ve sosyal yönleri ile maddi ve manevi desteği kapsamakta ve aile, arkadaş, profesyonel ekip ve kurumlardan oluşmaktadır (Ardahan, 2006). Sosyal destek kavramının, stres tamponu etkisi ve kavram, duygu ve davranışlar üstündeki temel etkileri nedeniyle hastaların sağlığını etkileyen faktörlerden biri olarak tanımlanmaktadır (Behrendt ve ark., 2023). Sosyal desteği tanımlamayan dört özellik bulunmaktadır (Kadambi ve ark., 2020).

Duygusal destek: Bireyin sosyal ihtiyacı olan güven, sevgi, empati gibi duygularını gidermektir (Ardahan, 2006).

Araçsal destek: Bakım ihtiyaçları, ulaşım, para gibi ekonomik yönleriyle bireye destek olmaktır (Langford ve ark., 1997)

Bilgilendirici destek: Bireye yaşamında rehberlik etmek ve problemlerini çözmesinde yardımcı olmak, hastalık durumunda tedavisine karar vermede yardımcı olma amacıyla sağlanan destektir (Langford ve ark., 1997).

Değer desteği: Bireyin söylediklerini dinlemek ve cevaplamak, bireyin kendini tanıma ve değerlendirme sürecine destek olmaktır (Kadambi ve ark., 2020)

Sosyal destek bireyin tekrar kendini önemli hissetmesini sağlar ve böylece bireyde özgüven duygusu geliştirir (Wen ve ark., 2017). Sosyal destek düzeyi yüksek olan

bireylerin hastalık semptomlarının düşük olduğu ve ruhsal açıdan daha güçlü olduğu vurgulanmıştır (Jadidi ve Ameri, 2022).

2.5.2. Yaşlı Kanser Hastalarında Sosyal Destek ve Hemşirelik Yönetimi

Yaşlılıkla beraber yaşanan emeklilik durumu, çocukların çeşitli sebeplerden dolayı evden ayrılması, eşin ve arkadaşların vefatı gibi nedenler yaşlı bireylerde sosyal ilişkilerin azalmasına neden olmaktadır (Softa ve ark., 2016). Yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinin azalması ve yaşlandıkça ihtiyaçların karşılanması için başkasına duyulan ihtiyacın artması bu bireylerde daha fazla sosyal destek beklentisi yaratmaktadır (Kadambi ve ark., 2020). İhtiyaç duyduğu sosyal desteği almayan yaşlı bireylerde, sigara içme, alkol tüketimi, yetersiz fiziksel hareket, kötü beslenme gibi olumsuz sağlık davranışlarını gösterme olasılığı daha yüksektir (Holt-Lunstad ve ark., 2010). Bu durum daha sonra kansere karşı artan duyarlılığa neden olmaktadır (Chambers ve ark., 2022). Kanseri tanı ve tedavi süreci yaşlı bireylerde daha fazla fiziksel ve duygusal stres oluşturmaktadır (Shahrokni ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada kanserli yaşlı bireylerin üçte ikisinin tıbbi, duygusal, fiziksel, bilgilendirici ve pratik alanlarının en az birinde sosyal destek almaya ihtiyacı olduğu bildirilmiştir (Williams ve ark., 2019). Kanseri yaklaşımında, sosyal desteğin kansere uyum açısından önemli bir rol oynadığı, sosyal desteğin iyileştirici ve tamponlayıcı etkisi olduğu görülmüştür (Usta, 2012).

Dünya genelinde kanser yükü giderek artmakta ve özellikle yaşlı nüfusta kanser daha çok görülmeye başlanmıştır (Smith ve ark., 2009). Giderek daha da artacak olan kanser yükü, daha fazla hastanın kanser sürecinde uzmanlaşmış ve bireyselleşmiş bakıma ihtiyaç duyacağını göstermektedir. Kanseri hastalığı zor ve uzun bir süreç olduğundan dolayı hastayı ve ailesini derinden etkilemektedir. Bu süreçte kaliteli bir bakım oldukça önemli ve hastanın kendisi ve ailesi tarafından talep edilen bir durumdur (Radwin, 2000). Kaliteli hemşirelik bakımından beklenen unsurlar; yaşlı kanser hastalarının işlevsel yetersizlikleri

ve ihtiyacı oldukları sosyal destek alanının belirlenmesi, bu hastalara verilecek fiziksel, kültürel ve psikososyal açıdan destekleyici bakımın planlanması, ailenin bu sürece dahil edilmesi ve katılması, başa çıkma becerilerini geliştirmesi şeklindedir (Charalambous ve Beadsmoore, 2008). Bireyselleştirilmiş bakım hastalarda daha yüksek sosyal destek algısı yaratmaktadır (Jacobsen, 2015). Bütün bu bakım sürecinde hemşireler, hastaların hastalık sürecini kontrol altında tutabilmesinde, tedavi sürecinin getirdiği zorluklarla baş etmesinde, sosyal ilişkilerini sürdürmesinde, hastalığı ile ilgili danışmanlık ve bilgi alınmasında, kişisel bakım becerilerinin arttırılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu süreçte hastaların rutin olarak ihtiyaçlarını belirleyip ve buna yönelik bakım planlamayıp uygulaması hemşirelerin hayati görevidir. Hastaların ihtiyaçları doğrultusunda sağlanacak sosyal, duygusal, ekonomik destekler için hemşireler diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde olmalıdır (Dedeli ve ark., 2008).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, tanımlayıcı türde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Yapılan çalışma Haziran 2023 - Aralık 2024 tarihlerinde Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Servisinde gerçekleştirildi. Onkoloji Kliniği 1 ve 2 olmak üzere toplamda 44 yataklı olup gün içinde 3 hemşire ve 1 asistan doktor görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Tennuz - Aralık 2023 tarihlerinde Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde kanser tedavisi almak için Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme; Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde araştırmaya çalışmanın yapılacağı süre içinde araştırmanın yürütüldüğü Kemoterapi Ünitesi, Onkoloji Polikliniği ve Servisinde 65 yaş üstü kanser tanısı olan ve iletişim kurabilen, çalışmanın ne amaçla yapıldığı hakkında bilgi verilen ve araştırmaya dahil olmaya rızası olan hastalar ile gerçekleştirildi.

Ocak-Aralık 2022 tarihlerinde Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kemoterapi ünitesinde ayaktan kemoterapi tedavisi alan 65 yaş üstü kayıtlı 1070 hasta mevcuttur.

Evreni belirli olan örneklem hesaplama formülü baz alınarak %90 güven aralığı ve ± 5 yanılma payı ile 283 kişinin yer alması gereklidir. Araştırmada olabilecek riskler görünür tutularak 287 kişiyle gerçekleştirildi.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kanser tanısını 6 ay önce alan hastalar,

- 65 yaş ve üzeri yaşlı hastalar,
- İletişim problemi olmayan hastalar,
- Psikiyatrik bir hastalığı bulunmayan hastalar.

3.3.2. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkeni

Bağımlı (sonuç) değişkenler: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği, Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanları ve ortalamaları

Bağımsız (etkileyen) değişkenler: Hasta bireylerin sosyodemografik özellikleri (çocuk sayısı, yaş, tanı, cinsiyet, medeni hali, geliri, eğitim durumu, gibi.).

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Hasta Bilgi Formu, Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Edmonto Kırılganlık Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği ile gerçekleştirilmiştir.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-4)

Araştırmacı aracılığı ile hazırlanmış olup çalışmaya dahil olmayı onaylayan Kanser teşhisi konmuş hastaların sosyodemografik özellikleri (eğitim düzeyi, yaş, medeni durumu, cinsiyet, aile yapısı, geliri, sosyal güvencesi, ikamet yeri), hastaların hastalıklarına hakkında bilgilerin olduğu 17 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) (Ek-5)

Ölçek, Virginia Henderson'ın insan ihtiyaçlarını esas alınarak geliştirilen amacı hasta bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada konusunda bağımlılık durumun belirlenmesi olan ölçek Dijkstra ve ark. (1996) tarafınca geliştirilmiştir. Türkiye' deki geçerlilik ve güvenirliliği Yönt ve ark. tarafınca 2010' da yapılmıştır.

Bakım Bağımlılığı Ölçeği, 5' likert tipi puanlama aracılığı derecelendirilen, günlük yaşam etkinliklerini kapsayan 17 madde içeren bir ölçektir. Derecelendirme 1 puan ile 5 puan arasında olup alınan 1 puan tamamen bağımlı, 2 puan oldukça bağımlı, 3 puan kısmen bağımlı, 4 puan çok az bağımlı, 5 puan bağımsız anlamındadır. BBÖ'den

alınabilecek puan maksimum 17 ve minimum ise 85'tir. Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden alınan yüksek puan, hastanın kendi bakım ihtiyaçlarını gidermede başkasına bağımlı olmadığı gösterirken, ölçekten alınan düşük puan ise hastanın kendi bakım ihtiyaçlarını gidermede bir başkasına bağımlı olduğunu gösterir.

Türkiye'de yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasının Cronbach Alpha değeri 0.91 ve Cronbach Alpha katsayısı 0.96 olarak tespit edildi. Gerçekleştirilen çalışmada Cronbach alfa değeri 0.934'tür (Yönt ve ark., 2010).

3.4.3. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (Ek-6)

Edmonton Kırılgnlık Ölçeği 2006 yılında Rolfson ve ark. tarafınca geliştirilmiş olup amacı kırılgnlığı tanımlamaktır (Rolfson ve ark., 2006). Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Aygör ve ark. tarafınca 2013 yılında yapılmış Cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak tespit edildi. Ölçek 11 madde (ilaç kullanımı, sosyal destek, bilişsel durum, sağlık durumu, fonksiyonel bağımsızlık, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, kontinans ve fonksiyonel performans ve sağlık durumu) ve 9 kırılgnlık alanından oluşmakta ve minimum 0 puan maksimum 17 puan alınmaktadır.

Ölçeğin puan skoru şu şekildedir; 0 ile 4 puan aralığı kırılgn değil, 5 ile 6 puan aralığı görünürde savunmasız, 7 ile 8 puan aralığı hafif derecede kırılgn, 9 ile 10 puan aralığı orta derecede kırılgn, 11 puan ve üstü şiddetli derecede kırılgn şeklinde sınıflandırılmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça kırılgnlık düzeyinde artmaktadır.

3.4.4. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ) (Ek-7)

Ölçek, hasta ve yakınlarının aldıklarına inandıkları sosyal desteğin çeşidini ve seyisini tanımlamak için 2002 yılında Eylen tarafınca geçerlik ve güvenirlik yapılan ve geliştirilen bir ölçektir (Eylen, 2002). Ölçek 5'li likert ile derecelendirilen tiptedir. Üç alt boyuttan oluşan ölçek güven desteği alt boyut 13 madde, duygusal destek alt boyut 12 madde ve bilgi desteği alt boyut 10 madde olmak üzere toplamda 35 maddeden

oluşmaktadır. Katılımcıların ölçekten aldıkları puan yükseldikçe algıladıkları sosyal destek düzeyinde yükselmektedir. Yapılan çalışmanın Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak tespit edildi. Ölçeğin Alpha katsayıları “güven desteği” 0.88, “duygusal destek” 0.88, ve “bilgi desteği” 0.87 değerinde tespit edildi.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Kemoterapi Ünitesine, Onkoloji Polikliniğine ve servisine Haziran 2023-Aralık 2024 tarihlerinde tedavi olmak için gelen kanser teşhisi konmuş hastalar ile araştırmacı arasında yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilerek toplandı. Bilgiler doldurulmaya başlanmadan hastalara önce yapılan çalışmanın bilimsel bir araştırma için gerçekleştirileceği, verecekleri yanıtların saklı kalacağı, samimi ve doğru bir şekilde bilgi vermelerinin doğru sonuçlara erişmek için önemli olduğu anlatılmış olup o yazılı onayları alındı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İncelenen veriler, SPSS Windows 22 paketi programı ile analiz edildi. Analiz edilen veriler yüzdeler, sayı, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapmalarla birlikte istatistiksel analizler kullanıldı. (Büyüköztürk, 2014). Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “*Kurtosis*” ve “*Skewness*” kat sayıları ve iç geçerlilik kat sayıları ile hesaplandı. (Tablo 3.1) (Tablo 3.2) (Tablo 3.3)

Tablo 3.1. Çalışmanın incelenmesinde yararlanılan testler

	Normal şekilde dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grup karşılaştırılması	Bağımsız Grupta t Testi	Mann Whitney U Analizi
	Varyans Analizi	
	(İleri analiz olarak varyansların	Kruskall Wallis Analizi
Çoklu grup karşılaştırılması	homojen durumlarında LSD, olmadığı zamanda ise Dunnet C kullanıldı).	(İleri analiz olarak Mann Whitney U yararlanıldı).
İlişkisel Çıkarımlar	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Skewness ve Kurtosis kat sayıları*	

Tablo 3.2’de verilerin normallik dağılım analizleri sunulmuştur

Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	287	-1.021	0.144	0.799	0.287
Edmonton Kırılgnlık Ölçeği	287	0.247	0.144	-0.662	0.287
Güven Desteği Alt Ölçeği	287	-1.183	0.144	1.935	0.287
Duygusal Destek Alt Ölçeği	287	-1.472	0.144	1.838	0.287
Bilgi Desteği Alt Ölçeği	287	-1.302	0.144	1.076	0.287
Sosyal Destek Hasta Formu	287	-1.396	0.144	1.983	0.287
Yaş*	287	1.621	0.144	4.411	0.287
Ne kadar süredir tedavi görüyor*	287	6.293	0.144	64.558	0.287
Alınan kür sayısı*	287	8.680	0.144	100.369	0.287

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 3.3. İç geçerlilik katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	0.971
Edmonton Kırılganlık Ölçeği	0.826
Güven Desteği Alt Ölçeği	0.994
Duygusal Destek Alt Ölçeği	0.966
Bilgi Desteği Alt Ölçeği	0.918
Sosyal Destek Hasta Formu	0.985

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma süresince, bilimsel ve evrensel etik ilkelere sadık kalınacak ve çalışma yürütülürken İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na uyulacaktır. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (30.03.2023) tarihinde araştırmaya başlanmadan önce izin alınmıştır.

Aydınlatılmış onam, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, özerklik ve zarar vermeme/yararlılık ilkeleri çalışmada göz önünde bulundurulmuştur. Örneklemeye dahil olma kriterlerine uyan kanser tanısı almış hastalara yapılan araştırmanın amacı, olası faydaları, toplanacak bilgilerin araştırmanın amacı dışında başka bir yerde kullanılmayacağı, bireysel verilerin başka birine aktarılmayacağı belirtilerek yazılı onayları alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları bu gruba dahil edilen hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	146	50.9
	Erkek	141	49.1
Medeni Durumu	Evli	240	83.6
	Bekâr	6	2.1
	Eşi vefat etmiş	41	14.3
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	96	33.4
	İlkokul	127	44.3
	Ortaokul	19	6.6
	Lise	31	10.8
	Üniversite	14	4.9
Sağlık Güvencesi	Evet	209	72.8
	Hayır	78	27.2
Yaşanılan Yer	İl	124	43.2
	İlçe	79	27.5
	Köy kasaba	84	29.3
Gelir Durumu	İyi	41	14.3
	Orta	206	71.8
	Kötü	40	13.9
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Aile	26	9
	Çocuk	39	13.6
	Eş	215	74.9
	Tek	7	2.4
Klinik Olarak Tanı	Diğer	23	7.8
	Akciğer	47	16.4
	Karaciğer	9	3.1
	Kolon	19	6.6
	Larenks	6	2.1
	Lenfoma	10	3.5
	Lösemi	10	3.5
	Meme	46	16.0
	Mesane	6	2.1
	Mide	58	20.2
	Özofagus	12	4.2
	Pankreas	11	3.8
	Prostat	11	3.8
	Rahim	19	6.6

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%		
Hasta Verilerinin Toplandığı Yer	Kemoterapi ünitesi	221	77.0		
	Onkoloji pol. ve servisi	66	23.0		
Başka Bir Hastalık Durumu	Evet	151	52.6		
	Hayır	136	47.4		
Hastanede Kimin Refakat Ettiği	Eşi	96	33.4		
	Çocukları	155	54.0		
	Akraba	16	5.6		
	Aile	9	3.1		
	Arkadaşı	2	0.7		
	Tek	9	3.1		
Uygulanan Tedavi Yöntemi	Kemoterapi	262	91.3		
	Radyoterapi	1	0.3		
	İmmün tedavi	13	4.5		
	Destekleyici tedavi	11	3.8		
İlk Kemoterapi Tedavisini Ne Zaman Almaya Başladığı	0-12 ay	210	73.2		
	13-24 ay	48	16.7		
	25 ay ve üzeri	29	10.1		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	287	65	97	69.41	4.64
Tedavi süresi (Ay)	287	6	300	16.86	24.33
Alınan kür sayısı	287	0	359	12.40	26.86

*Diğer: Ağız, rectum. Safra kesesi, omurilik, melenoma, böbrek.

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %50.9’u kadındır, %83.6’sı evlidir, %44.3’ü ilkokul mezunudur ve %72.8’inin sağlık güvencesi vardır. Katılımcıların %43.2’si ilde yaşamaktadır, %71.8’inin gelir durumu ortadır, %74.9’u eşleriyle yaşamaktadır, %20.2’si mide kanseridir ve hasta verilerinin %77’si kemoterapi ünitesinde toplanmıştır. Katılımcıların %52.6’sının başka bir hastalığı vardır, %54’ünün refakatçisi çocuklarıdır, %91.3’ü kemoterapi tedavisi görmektedir ve %73,2’si ilk kemoterapisini 0-12 aydır almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 69.41 ± 4.64 , tedavisi süresi ortalaması 16.86 ± 24.33 ve alınan kür sayısı ortalaması 12.40 ± 26.86 ’dır.

Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden alınan puanların dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Bakım bağımlılığı ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort. ±	SS.
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	287	17.00	85.00	69.46	14.09

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplamından 69.46 ± 14.09 puan almışlardır ve alınan puanlar 17-85 arasında değişmektedir.

Edmonton Kırılgnlık Ölçeğinden alınan puanların dağılımı Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Edmonton kırılgnlık ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	± SS.
Edmonton Kırılgnlık Ölçeği	287	0	17.00	7.81	3.99
Ölçek Kesme Noktalarına Göre	n	%	-	-	-
Kırılgn Değil	65	22.6	-	-	-
Görünürde Savunmasız	49	17.1	-	-	-
Hafif Kırılgn	55	19.2	-	-	-
Orta Kırılgn	45	15.7	-	-	-
Şiddetli Kırılgn	73	25.4	-	-	-

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi katılımcılar Edmonton Kırılgnlık Ölçeği toplamından 7.81 ± 3.99 puan almışlardır ve alınan puanlar 0-17 arasında değişmektedir. Katılımcıların %25.4’ü şiddetli kırılgnandır.

Sosyal Destek Hasta Formu ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.4’te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Kanser hastası sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	± SS.
Güven Desteği Alt Ölçeği	287	13.00	65.00	55.46	10.40
Duygusal Destek Alt Ölçeği	287	12.00	60.00	51.92	9.47
Bilgi Desteği Alt Ölçeği	287	10.00	50.00	42.39	8.56
Sosyal Destek Hasta Formu	287	35.00	175.00	149.79	27.16

Tablo 4.4’te görüldüğü gibi katılımcılar Güven Desteği alt boyutundan 55.46 ± 10.40 , Duygusal Destek alt boyutundan 51.92 ± 9.47 , Bilgisel Destek alt boyutundan 42.39 ± 8.56 ve Sosyal Destek Hasta Formu toplamından 149.79 ± 27.16 puan almışlardır.

Demografik özelliklere göre Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5’te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Demografik özelliklere göre bakım bağımlılığı ölçek puanlarının karşılaştırılması

Demografik özellik		n	Bakım Bağımlılığı			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	146	67.74	13.43	t=-2.117	0.035
	Erkek	141	71.24	14.57		
Medeni Durumu	Evli	240	71.38	12.98	F=16.107	0.000
	Bekâr	6	52.17	10.63		
	Eşi vefat etmiş	41	60.76	15.96		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	96	63.43	14.28	F=7.790	0.000
	İlkokul	127	71.73	12.90		
	Ortaokul	19	71.47	12.66		
	Lise	31	74.77	14.02		
	Üniversite	14	75.71	12.34		
Sağlık Güvencesi	Evet	209	70.97	13.77	t=3.016	0.003
	Hayır	78	65.41	14.23		
Yaşanılan Yer	İl	124	71.84	12.95	F=5.605	0.004
	İlçe	79	70.10	12.93		
	Köy kasaba	84	65.35	15.90		
Gelir Durumu	İyi	41	76.24	11.69	F=11.453	0.000
	Orta	206	69.60	13.47		
	Kötü	40	61.80	15.92		
Başka Bir Hastalık Durumu	Evet	151	66.77	14.57	t=-3.467	0.001
	Hayır	136	72.44	12.95		
Hastanede Kimin Refakat Ettiği	Eşi	96	73.08	10.98	F=2.923	0.014
	Çocukları	155	67.10	15.34		
	Akraba	16	68.00	13.64		
	Aile	9	65.78	14.41		
	Arkadaşı	2	72.50	17.68		
	Tek	9	77.00	13.73		
Uygulanan Tedavi Yöntemi	Kemoterapi	262	69.44	14.29	F=1.130	0.337
	Radyoterapi	1	82.00	.		
	İmmün tedavi	13	73.46	9.65		
	Destekleyici tedavi	11	64.18	13.15		
İlk Kemoterapi Tedavisini Ne Zaman Almaya Başladığı	0-12 ay	210	69.35	14.32	F=0.361	0.697
	13-24 ay	48	70.79	13.28		
	25 ay ve üzeri	29	68.07	13.98		

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, gelir durumu, başka bir hastalık durumu ve hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını tesbit etmek üzere gerçekleştirilen ileri analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekâr ve eşi vefat etmişlerden yüksek olduğu tesbit edilmiştir.

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını tesbit etmek üzere gerçekleştirilen ileri analizde (LSD); okuryazar olmayan hastaların puanlarının, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu tesbit edilmiştir.

Sağlık güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); köy/kasabada yaşayanların puanlarının, il ve ilçede yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu kötü olanların puanlarının, orta ve iyi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Başka bir hastalığı olmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanede çocukları refakat edenlerin puanlarının, eşi ve tek olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi uygulanan tedavi yöntemi ve ilk kemoterapisini ne zaman almaya başladığı durumuna göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Demografik özelliklere göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Demografik özelliklere göre Edmonton kırılgnlık ölçek puanlarının karşılaştırılması

Demografik özellik		n	Edmonton Kırılgnlık			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	146	8.34	3.70	t=2.290	0.023
	Erkek	141	7.26	4.21		
Medeni Durumu	Evli	240	7.31	3.88	F=14.261	0.000
	Bekâr	6	13.17	1.33		
	Eşi vefat etmiş	41	9.93	3.61		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	96	9.70	3.62	F=11.345	0.000
	İlkokul	127	7.32	3.70		
	Ortaokul	19	6.63	4.37		
	Lise	31	6.16	4.01		
	Üniversite	14	4.57	3.01		
Sağlık Güvencesi	Evet	209	7.01	3.79	t=-5.830	0.000
	Hayır	78	9.94	3.75		
Yaşanılan Yer	İl	124	6.42	3.70	F=17.607	0.000
	İlçe	79	8.14	3.89		
	Köy kasaba	84	9.55	3.78		
Gelir Durumu	İyi	41	5.27	3.41	F=27.745	0.000
	Orta	206	7.65	3.64		
	Kötü	40	11.25	4.01		
Başka Bir Hastalık Durumu	Evet	151	8.46	3.93	t=2.941	0.004
	Hayır	136	7.09	3.95		
Hastanede Kimin Refakat Ettiği	Eşi	96	6.65	3.55	F=2.862	0.015
	Çocukları	155	8.42	4.05		
	Akraba	16	8.38	3.69		
	Aile	9	9.33	4.66		
	Arkadaşı	2	8.50	9.19		
	Tek	9	7.00	4.15		
Uygulanan Tedavi Yöntemi	Kemoterapi	262	7.79	4.04	F=1.168	0.322
	Radyoterapi	1	9.00	.		
	İmmün tedavi	13	6.54	2.85		
	Destekleyici tedavi	11	9.55	3.78		
İlk Kemoterapi Tedavisini Ne Zaman Almaya Başladığı	0-12 ay	210	7.79	4.03	F=1.021	0.361
	13-24 ay	48	7.35	3.81		
	25 ay ve üzeri	29	8.69	3.97		

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, gelir durumu, başka bir hastalık durumu ve hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kadınların puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); tüm grupların birbirlerinden farklı olduğu belirlenmiştir. Evlilerin puanı eşi vefat etmişlerden ve bekârlardan düşüktür. Eşi vefat etmişlerin puan ortalamaları da bekârlarınkinden düşüktür.

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); okuryazar olmayanların puanlarının, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak üzere gerçekleştirilen ileri analizde (LSD); köy/kasabada yaşayanların puanlarının, il ve ilçede yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak üzere gerçekleştirilen ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu iyi olan hastaların puanlarının, orta ve kötü olanlardan düşük olduğu tesbit edilmiştir. Ayrıca Gelir durumu orta olanların puanları da kötü olanlardan düşüktür.

Başka bir hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanede çocukları refakat edenlerin puanlarının, eşi refakat edenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi uygulanan tedavi yöntemi ve ilk kemoterapisini ne zaman almaya başladığı durumuna göre Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Demografik özelliklere göre Sosyal Destek Hasta Formu ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Demografik özelliklere göre kanser hastası sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması

Demografik Özellik		n	Güven Desteği		Duygusal Destek		Bilgi Desteği		Sosyal Destek Hasta Formu	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	146	53.86	11.62	50.64	10.57	41.36	9.46	145.89	30.61
	Erkek	141	57.11	8.69	53.26	8.00	43.46	7.38	153.83	22.46
	Test ve Önemlilik		t=-2.676		t=-2.371		t=-2.105		t=-2.511	
			p=0.008		p=0.018		p=0.036		p=0.013	
Medeni Durumu	Evli	240	56.67	9.80	53.11	8.77	43.28	8.06	153.03	25.59
	Bekâr	6	43.67	17.10	38.33	14.36	29.50	9.20	111.50	39.26
	Eşi Vefat etmiş	41	50.12	10.19	46.95	9.73	39.05	9.14	136.46	26.54
	Test ve Önemlilik		F=11.694		F=15.067		F=12.117		F=13.718	
			p=0.000		p=0.000		p=0.000		p=0.000	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	96	50.97	11.86	47.97	11.11	39.13	10.08	138.11	31.87
	İlkokul	127	56.83	9.00	53.16	8.27	43.41	7.73	153.39	23.51
	Ortaokul	19	57.11	9.80	53.89	8.18	44.84	6.15	155.84	23.42
	Lise	31	59.35	7.83	54.94	6.70	44.87	6.05	159.16	19.04
	Üniversite	14	63.00	4.69	58.50	3.01	46.71	4.36	168.21	9.79
	Test ve Önemlilik		F=8.975		F=8.139		F=6.318		F=8.585	
			p=0.000		p=0.000		p=0.000		p=0.000	
Sağlık Güvencesi	Evet	209	57.43	8.98	54.00	7.65	44.36	6.87	155.86	21.68
	Hayır	78	50.18	12.04	46.36	11.48	37.10	10.28	133.53	33.20
	Test ve Önemlilik		t=4.840		t=5.442		t=5.777		t=5.518	
			p=0.000		p=0.000		p=0.000		p=0.000	

Tablo 4.7. (Devamı)

		n	Güven Desteği		Duygusal Destek		Bilgi Desteği		Sosyal Destek Hasta Formu	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Nerede Yaşadığı	İl	124	58.98	8.17	55.14	6.73	45.07	6.13	159.19	19.70
	İlçe	79	55.11	10.91	51.72	10.18	42.30	9.21	149.14	28.93
	Köy kasaba	84	50.58	10.90	47.37	10.40	38.51	9.53	136.52	29.50
	Test ve Önemlilik		F=18.403 p=0.000		F=18.989 p=0.000		F=16.302 p=0.000		F=19.764 p=0.000	
Gelir Durumu	İyi	41	59.85	9.99	55.68	7.60	45.17	7.10	161.05	22.02
	Orta	206	56.21	9.47	52.92	8.20	43.50	7.34	152.59	23.77
	Kötü	40	47.08	11.13	42.95	11.92	33.80	10.57	123.83	32.80
	Test ve Önemlilik		F=19.429 p=0.000		F=26.259 p=0.000		F=28.741 p=0.000		F=27.066 p=0.000	
Başka Bir Hastalık Durumu	Evet	151	55.97	9.39	52.21	8.54	42.60	8.09	150.79	24.66
	Hayır	136	54.89	11.42	51.60	10.43	42.15	9.07	148.68	29.75
	Test ve Önemlilik		t=0.881 p=0.379		t=0.543 p=0.587		t=0.443 p=0.658		t=0.655 p=0.513	
Hastanede Kimin Refakat Ettiği	Eşi	96	57.02	9.98	53.15	9.04	43.45	8.03	153.61	26.01
	Çocukları	155	55.63	9.67	52.06	8.97	42.26	8.45	150.04	25.39
	Akraba	16	51.50	12.99	48.13	12.24	39.50	9.15	139.13	32.99
	Aile	9	49.56	12.12	47.78	11.58	40.22	10.11	137.56	33.01
	Arkadaşı	2	32.50	27.58	35.00	19.80	31.00	24.04	94.00	77.78
	Tek	9	54.00	9.38	51.11	9.16	43.22	8.74	148.33	26.32
	Test ve Önemlilik		F=3.631 p=0.003		F=2.543 p=0.029		F=1.521 p=0.183		F=3.039 p=0.011	
Uygulanan Tedavi Yöntemi	Kemoterapi	262	55.24	10.52	51.67	9.66	42.17	8.70	149.10	27.65
	Radyoterapi	1	65.00	.	60.00	.	46.00	.	171.00	.
	İmmün tedavi	13	58.69	6.54	56.54	3.60	47.77	2.52	163.00	11.67
	Destekleyici T.	11	56.09	11.19	51.82	8.98	40.91	8.35	148.82	26.32
	Test ve Önemlilik		F=0.751 p=0.522		F=1.340 p=0.262		F=1.958 p=0.120		F=1.294 p=0.277	
İlk Kemoterapi Tedavisini Ne Zaman Almaya Başladığı	0-12 ay	210	55.62	10.31	51.93	9.30	42.19	8.58	149.76	26.88
	13-24 ay	48	56.50	10.12	53.60	8.97	44.27	8.06	154.38	26.02
	25 ay ve üzeri	29	52.55	11.33	49.10	11.05	40.76	8.98	142.41	30.24
	Test ve Önemlilik		F=1.405 p=0.247		F=2.056 p=0.130		F=1.756 p=0.175		F=1.763 p=0.173	

Güven Desteği alt boyutu için;

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, gelir durumu ve hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Güven Desteği alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); evlilerin puanlarının, eşi vefat etmişlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); okuryazar olmayanların puanlarının, ilkokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); köy/kasabada yaşayanların puanlarının, il ve ilçede yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gelir durumu iyi olanların puanlarının, orta ve kötü olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Gelir durumu orta olanların puanları da kötü olanlardan yüksektir.

Hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanede eşi refakat edenlerin puanlarının, akraba, aile refakat eden ve tek olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi başka bir hastalık durumu, uygulanan tedavi yöntemi ve ilk kemoterapisini ne zaman almaya başladığı durumuna göre Güven Desteği alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Duygusal Destek alt boyutu için;

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, gelir durumu ve hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Duygusal Destek alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak üzere gerçekleştirilen ileri analizde (LSD); evli hastaların puanlarının, bekâr ve eşi vefat etmişlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); okuryazar olmayanların puanlarının, ilkokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); köy/kasabada yaşayanların puanlarının, il ve ilçede yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gelir durumu iyi olanların puanlarının, orta ve kötü olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Gelir durumu orta olanların puanları da kötü olanlardan yüksektir.

Hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanede eşi refakat edenlerin puanlarının, akraba refakat eden ve tek olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi başka bir hastalık durumu, uygulanan tedavi yöntemi ve ilk kemoterapisini ne zaman almaya başladığı durumuna göre Duygusal Destek alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bilgi Desteği alt boyutu için;

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer ve gelir durumuna göre Bilgi Desteği alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak üzere gerçekleştirilen ileri analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekâr ve eşi vefat etmişlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); okuryazar olmayan hastaların puanlarının, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); köy/kasabada yaşayanların puanlarının, il ve ilçede yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu kötü olanların puanlarının, orta ve iyi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi başka bir hastalık durumu, hastanede kimin refakat ettiği, uygulanan tedavi yöntemi ve ilk kemoterapisini ne zaman almaya başladığı durumuna göre Bilgi Desteği alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sosyal Destek Hasta Formu için;

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, gelir durumu ve hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak üzere gerçekleştirilen ileri analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekâr ve eşi vefat etmişlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); okuryazar olmayanların puanlarının, ilkokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); köy/kasabada yaşayanların puanlarının, il ve ilçede yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gelir durumu kötü olanların puanlarının, orta ve iyi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); hastanede eşi refakat edenlerin puanlarının, akraba refakat eden ve tek olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi başka bir hastalık durumu, uygulanan tedavi yöntemi ve ilk kemoterapisini ne zaman almaya başladığı durumuna göre Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çeşitli değişkenler ile Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve Sosyal Destek Hasta Formu arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Çeşitli değişkenler ile bakım bağımlılığı ölçeği, edmonton kırılgnlık ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi

Ölçek ve Alt Boyutları		Yaş	Tedavi Süresi	Alınan Kür Sayısı
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	r	-0.207	-0.042	-0.050
	p	0.000	0.476	0.398
	n	287	287	287
Edmonton Kırılgnlık Ölçeği	r	0.226	0.131	0.078
	p	0.000	0.026	0.189
	n	287	287	287
Güven Desteği Alt Ölçeği	r	-0.153	-0.058	-0.070
	p	0.009	0.328	0.238
	n	287	287	287
Duygusal Destek Alt Ölçeği	r	-0.168	-0.072	-0.028
	p	0.004	0.221	0.632
	n	287	287	287
Bilgi Desteği Alt Ölçeği	r	-0.163	-0.026	0.029
	p	0.005	0.661	0.622
	n	287	287	287
Sosyal Destek Hasta Formu	r	-0.177	-0.057	-0.025
	p	0.003	0.333	0.670
	n	287	287	287

*Spearman korelasyon analizi yapılmıştır

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı azalmaktadır. Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile tedavi süresi ve alınan kür sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Edmonton Kırılgnlık Ölçeğı toplam puanı ile yaş ve tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş ve tedavi süresi arttıkça Edmonton Kırılgnlık Ölçeğı toplam puanı da artmaktadır. Edmonton Kırılgnlık Ölçeğı toplam puanı ile alınan kür sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Güven Desteğı alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Güven Desteğı alt boyut puanı arttıkça yaş düşmektedir. Güven Desteğı alt boyut puanı ile tedavi süresi ve alınan kür sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Duygusal Destek alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Duygusal Destek alt boyut puanı arttıkça yaş düşmektedir. Duygusal Destek alt boyut puanı ile tedavi süresi ve alınan kür sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Bilgi Desteğı alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bilgi Desteğı alt boyut puanı arttıkça yaş düşmektedir. Bilgi Desteğı alt boyut puanı ile tedavi süresi ve alınan kür sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş azaldıkça Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı artmaktadır. Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı ile tedavi süresi ve alınan kür sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve Sosyal Destek Hasta

Formu arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Bakım bağımlılığı ölçeği, edmonton kırılganlık ölçeği ve sosyal destek hasta formu arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Bakım Bağımlılığı Ölçeği	Edmonton Kırılganlık Ölçeği	Güven Desteği Alt Ölçeği	Duygusal Destek Alt Ölçeği	Bilgi Desteği Alt Ölçeği	Sosyal Destek Hasta Formu
Bakım	r	1	-0.806	0.306	0.343	0.362	0.353
Bağımlılığı	p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Ölçeği	n	287	287	287	287	287	287
Edmonton	r	-0.806	1	-0.471	-0.517	-0.529	-0.529
Kırılganlık	p	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
Ölçeği	n	287	287	287	287	287	287
Güven Desteği	r	0.306	-0.471	1	0.941	0.779	0.953
Alt Ölçeği	p	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
	n	287	287	287	287	287	287
Duygusal Destek	r	0.343	-0.517	0.941	1	0.896	0.989
Alt Ölçeği	p	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
	n	287	287	287	287	287	287
Bilgi Desteği Alt	r	0.362	-0.529	0.779	0.896	1	0.924
Ölçeği	p	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
	n	287	287	287	287	287	287
Sosyal Destek	r	0.353	-0.529	0.953	0.989	0.924	1
Hasta Formu	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
	n	287	287	287	287	287	287

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı arttıkça Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı düşmektedir.

Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı ile Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile Güven Desteği alt boyut puanı, Duygusal Destek alt boyut puanı, Bilgi Desteği alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı arttıkça, Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanının arttığı bulundu. Bu sonuç sosyal desteği yüksek olan hastaların bakım bağımlılığının düşük olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı ile alt boyutlarından Güven Desteği alt boyut puanı, Duygusal Destek alt boyut puanı, Bilgi Desteği alt boyut puanı ile Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı düştükçe, Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanının arttığı bulundu (Tablo 4.9). Bu sonuç sosyal desteği düşük olan hastaların kırılganlık düzeyinin daha fazla olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma “65 Yaş ve Üstü Onkoloji Hastalarında Bakım Bağımlılığı, Kırılganlık, Sosyal Destek Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” amacıyla yapılmıştır. Literatür tarandığında 65 yaş ve üstü onkoloji hastalarının bakım bağımlılığı, kırılganlık ve sosyal destek düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırma sonuçları literatürde bulunan, 65 yaş üstü onkoloji hastalarında bakım bağımlılığı, kırılganlık ve sosyal destek düzeyini konu alan diğer çalışmalar ile aşağıda belirtilen başlıklarda tartışılmıştır.

Bakım bağımlılığı ölçeği (BBÖ): Toplam puanı ($\bar{X}$ =69.46; max=85) ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Ölçekten alınan puanının yüksek olması hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılamada bağımsız olduğunu gösterirken, ölçekten alınan puanının düşük olması ise hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılamada başkasına bağımlı olduğunu göstermektedir. Bu bulgular sonucunda hastaların kısmen bağımlı olduğu söylenebilir. Korhan ve ark. (2013) yaptığı çalışmada benzer sonuçlar saptamıştır. Yine Pekince ve ark. (2021), Çakıcı (2020), Gelekci ve Efil (2023), Tabalı ve ark. (2013), Koç (2020), Özbudak ve Şahin (2021), Gökgöz ve Yılmaz (2023) ve Taşkın (2024) tarafından yapılan araştırmalarda hastaların bakım bağımlılıkları ortalamanın üstünde çıkmıştır. Bu yönüyle araştırma sonuçları literatürdeki yapılan araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanan yer, gelir durumu, başka bir hastalık durumu ve hastanede kimin refakati ettiği durumuna göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Cinsiyete göre bakım bağımlılığı ölçeği: Erkek hastaların bakım bağımlılığı ortalama puanları ($\bar{X}$ =71.24), kadın hastaların bakım bağımlılığı puanlarına ($\bar{X}$ =67.74) göre daha yüksektir. Bu sonucu Türk toplumunda erkeklerin bazı kültürel faktörlerden

dolayı gereksinimlerini söylememe stres faktörlerini paylaşmam gibi geleneksel yetiştirilme şekliinden etkilenmiş olabileceğini düşündürmüştür. Kadın hastaların daha çok bakım desteği beklmeleri, duygularını daha rahat ifade etmeleri ve kadınların daha kırılgan olmalarından dolayı kadın hastalarda bakım bağımlılığı düzeyi daha yüksek olabilmektedir (Caljouw ve ark., 2014). Bu sonuçlardan farklı olarak, Özbudak ve ark. (2021) ve Kılıç ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada, cinsiyet ile bakım bağımlılığı ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir ifadeye göre araştırmanın örnekleme grupları cinsiyetlerine göre farklı sonuçlar göstermekte olduğu söylenebilir.

Medeni duruma göre bakım bağımlılığı ölçeği: Evli hastaların puanları ($\bar{X}$ =71.38), bekâr hastaların ($\bar{X}$ =52.17) ve eşi vefat etmiş ($\bar{X}$ =60.76) hastaların puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Evli hastaların hastalık süresince daha çok eşlerinden yardım talep etmeleri ve ortak paylaşımlarda bulunarak birbirlerini desteklemelerinden dolayı bu hastalarda bakım bağımlılığı düzeyinin daha az olduğu düşünülmüştür (Koyuncu, 2019). Ayrıca Topçu ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada evli hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğu gözlenmiştir.

Eğitim durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeği: İlkokul ($\bar{X}$ =71.73), ortaokul ($\bar{X}$ =71.74), lise ($\bar{X}$ =74.77), ve üniversite ($\bar{X}$ =75.71) mezunu hastaların eğitim durumlarına bakım bağımlılığı ölçeği puanı, okuryazar olmayan ($\bar{X}$ =63.43) hastaların puanlarından daha yüksektir. Eğitim düzeyi yüksek hastaların, tedaviye uyum sağlama becerisinin yüksek olduğu, hastalıklarıyla ilgili bilgilere erişim konusunda daha fazla çaba harcadıkları, kendi bakım ihtiyaçlarının sorumluluklarını alabilmelerinden dolayı bu hastaların bakım bağımlılığı düzeyinin daha az olduğu belirlenmiştir (Özdemir ve ark., 2020). Benzer şekilde, Kılıç ve ark. (2017) ; Punto ve ark. (2021) tarafından yapılan bir

çalışmada, hastaların eğitim düzeyi düştükçe BBÖ alınan puan ortalamalarının da düştüğü bulunmuştur. Bu yönüyle çalışma literatüre uyum göstermektedir.

Sağlık güvencesine göre bakım bağımlılığı ölçeği: Yapılan bu çalışmada sağlık güvencesi olan hastaların ($\bar{X}=70.97$) puan ortalaması, sağlık güvencesi olmayan ($\bar{X}=65.41$) hastaların puan ortalamasında daha yüksektir. Başka bir ifade sağlık güvencesi olan hastaların bakım bağımlılığı daha düşük ve daha bağımsızlardır. Bu sonuç sosyal güvencesi olmayan hastaların tedavi olmalarında ve ilaç temin etmelerinde problem yaşadıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşanılan yere göre bakım bağımlılığı ölçeği: Yapılan çalışmada köy/kasabada yaşayan hastaların ($\bar{X}=65.35$) puan ortalaması, ilçe ($\bar{X}=71.84$) ve ilde ($\bar{X}=70.10$) yaşayan hastaların puan ortalamasında düşüktür. Başka bir ifade ile kırsal alanlarda yaşayan hastalarda bakım bağımlılığı düzeyi daha yüksektir. Bu sonuç, kırsal hayata özgü zorluklar, sosyoekonomik eşitsizlikler, çevresel faktörler, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinden daha az faydalanma gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Beck ve ark., 2009). Ancak Puto ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada ikamet yeri ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Literatürdeki farklı sonuçlar, çalışmaların farklı bölgelerde ve farklı yaşam koşullarında yaşayan hastalarla yapılmış olduğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gelir durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeği: Gelir durumu kötü olan ($\bar{X}=61.80$) hastaların puanlarının, orta ($\bar{X}=69.60$) ve iyi ($\bar{X}=76.24$) geliri olan hastalardan düşük olduğu belirlenmiştir. Gelir durumunun kötü olması hastaların beslenme, tedavi, ilaç erişimi, kişisel bakım ihtiyaçlarını etkileyebileceği ve bunları yerine getiremeyen hastalarda bakım ihtiyacı oluşabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik durumun hastalarda sağlık problemleri oluşturduğu gözlenmiştir (Shahar ve ark., 2019).

Başka bir hastalığa göre bakım bağımlılığı ölçeği: Yapılan bu çalışmada kansere eşlik eden başka bir hastalığı olan hastaların puan ortalaması ($\bar{X}=66.77$), eşlik eden başka hastalığı olmayan ($\bar{X}=72.44$) hastaların puan ortalamasından düşüktür. Başka bir ifade ile kanser tanısı dışında ek hastalığı olan hastaların bakım bağımlılığı düzeyi daha yüksektir. Hasta bireylerin aynı anda birden fazla hastalıkla mücadele etmesi, hastaların kişisel bakım becerilerinde gerilemelere neden olabileceği düşünülmektedir. (Düzgün ve ark., 2019). Benzer şekilde Özbudak ve ark. (2021); Kalaycı ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur. Yapılan çalışma bu yönüyle ileratürle uyumludur.

Edmonton Kırılganlık Ölçeği: Çalışmada katılımcılar Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplamından 7.81 ± 3.99 puan almışlardır ve yaşlı kanser hastaların %19.2 hafif kırılgan, %15.7 orta kırılgan, %25.4'ü şiddetli kırılgandır. Yaşın artmasıyla beraber fizyolojik rezervlerin azalması, yaşlı bireyin kanserle geçirdiği sürenin uzaması, yaşlı kanser hastalarında hastalarında komplikasyonların daha fazla görülmesi, tedavi sürecindeki psikolojik ve fiziksel yorgunluk gibi faktörler yaşlı kanser hastalarında kırılganlık düzeyini arttığı belirlenmiştir (Atakul ve Akyar, 2019). Literatür incelendiğinde, yaşlı kanser hastalarında kırılganlık görülme oranları arasında farklılıklar olduğu izlenmektedir. Akbıyık'ın (2018) yaptığı çalışmada kırılganlık oranı %27.2, Handford ve ark. (2015) yaptığı çalışmada kırılganlık oranını %6 ile %86 arasında belirlemiştir. Yapılan bu çalışmalarda kırılganlık oranlarındaki bu farklılığın nedeni çalışmadaki hastaların yaşları, tedavi süreleri, tedavi şekillerini farklılık göstermesi ve çalışmaların yapıldığı bölgelerdeki hasta profillerinin birbirinden farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, gelir durumu, başka bir hastalık durumu ve hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre Edmonton Kırılganlık Ölçeği: Kadın hastaların puan ortalaması ($\bar{X}=8.34$), erkek hastaların puan ortalamasından ($\bar{X}=7.26$) daha yüksektir. Kadın cinsiyeti ve erkek cinsiyeti arasındaki fizyolojik farklılıklar ve kadınların biyolojik ve çevresel faktörlerden daha çok etkilenmesi kaynaklı kadın hastalarda kırılganlık düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmüştür (Özkaya, 2019). Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken aynı zamanda İmren (2020) tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla da uyumludur.

Medeni duruma göre Edmonto Kırılganlık Ölçeği: Yapılan çalışmada tüm grupların birbirlerinden farklı olduğu belirlenmiştir. Evli hastaların puanı ($\bar{X}=7.31$) eşi vefat etmiş hastaların puanlarından ($\bar{X}=9.93$) ve bekâr hastaların puanından ($\bar{X}=13.17$) düşüktür. Evli olan yaşlı hastaların maddi ve manevi açıdan daha çok eşleri tarafından desteklendikleri düşünülmektedir. Eşi vefat etmiş veya bekar hastaların daha izole olmaları, bu hastaları daha kırılgan yapabileceği bildirilmiştir. (Cohen ve ark., 2016). Benzer şekilde De Labra ve ark. (2018); İmren (2020); tarafından çalışma sonuçlarına göre bekârların kırılganlık puanları evlilerden daha yüksek çıkmıştır. Atakul ve Akyar'ın (2019) yapmış olduğu çalışmada, medeni durumu bekâr olan yaşlı hastaların evli olan yaşlı hastalara göre kırılganlık düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu yönüyle çalışma literatürle uyum göstermektedir.

Eğitim durumuna göre Edmonto Kırılganlık Ölçeği: Okuryazar olmayanların ($\bar{X}=9.70$) hastaların puanlarının, ilkokul ($\bar{X}=7.32$), ortaokul ($\bar{X}=6.63$), lise ($\bar{X}=6.16$) ve üniversite mezunu ($\bar{X}=4.57$) hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile eğitim düzeyi arttıkça kırılganlık düzeyinin azaldığı görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek

olan yaşı kanser hastalarının sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanabildiği, tedaviye daha iyi uyum gösterdiği, sağlık konularıyla ilgili bilgi düzeyinin daha fazla olduğu, öz bakım becerilerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Özkaya, 2019). Literatürde (Akbiyık, 2018); Çakmur ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda benzer sonuçların sonuçların olduğu bildirilmiştir.

Gelir durumuna göre Edmonto Kırılgnlık Ölçeği: Yapılan çalışmada iyi gelire ($\bar{X}=5.27$) sahip olan hastaların, orta gelire ($\bar{X}=7.65$) ve düşük gelire ($\bar{X}=11.25$) sahip olan hastalardan daha düşük puan aldığını göstermektedir. Gelir durumu düştükçe kırılgnlık puanının arttığı görülmüştür. Ekonomik açıdan zorluk yaşayan hastaların barınma, beslenme, sağlık, kişisel bakım gibi temel ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaşayabilmesi nedeni ile bu hastalarda kırılgnlık yaygınlığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Atakul ve Akyar, 2019). Diğer yandan Harttgen ve ark. (2013); Turner ve ark. (2014); Çakmur (2015) ve Öztürk (2022) tarafından yapılan çalışmada “geliri giderden düşük” olan kategorideki bireylerin kırılgnlık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışma bu yönüyle literatür ile uyumludur.

Komorbitide hastalık durumuna göre Edmonto Kırılgnlık Ölçeği: Yapılan çalışmada başka hastalığı olan hastaların ($\bar{X}=8.46$) puan ortalaması, başka hastalığı olmayan ($\bar{X}=7.09$) hastaların puan ortalamasından daha yüksektir. Başka bir ifade ile komorbite hastalığı olan yaşı hastalarının kırılgnlık düzeyi daha yüksek olduğu söylenebilir (Elbi, 2021). Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken aynı zamanda Çakmur (2015); Toşur (2017); İmren (2020); Öztürk’ün (2022) yaptığı çalışmada, uzun süreli hastalık ile kırılgnlık düzeyi arasındaki ilişkide, uzun süreli hastalığı olan kişilerde kırılgnlık oranı yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Sağlık güvencesine göre Edmonto Kırılgnlık Ölçeği: Sağlık güvencesi olmayan ($\bar{X}=9.94$) hastaların puan ortalaması, sağlık güvencesi olan ($\bar{X}=7.01$) hastaların puan

ortalamasından daha yüksektir. Yapılan çalışma bu yönüyle literatürde farklı sonuçlar göstermektedir. Ancak literatür incelendiğinde Atakul (2017) de yaptığı çalışmada sosyal güvence ile kırılabilirlik ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamıştır. Çalışmaların farklı bölgelerde yapılması ve hasta profilleri arasındaki ekonomik farklılıkların sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Yaşanılan yere göre göre Edmonto Kırılabilirlik Ölçeği: Yapılan araştırmada köy/kasaba da yaşayan hastaların ($\bar{X}=9.55$) puan ortalaması, ilçede yaşayan ($\bar{X}=8.14$) hastaların ve ilde yaşayan ($\bar{X}=6.42$) hastaların puan ortalamasında yüksektir. Başka bir ifade ile köy/kasabada yaşayan hastalar, il ve ilçede yaşayan hastalara göre daha kırılabilir oldukları söylenebilir. Ayrıca bu çalışma sonucunda köyde yaşayan hastaların bağımlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda hastaların kırılabilirlik düzeyini olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Köy/kasada yaşayan hastaların eğitim düzeyinin ve gelir durumlarının daha düşük olması, sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmaları gibi nedenlerden dolayı bu hastaların daha kırılabilir olduğu düşünülmektedir (Jang ve ark., 2016). Yapılan çalışma bu yönüyle literatür ile uyumludur.

Hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Kırılabilirlik Ölçeği: Yapılan çalışmada hastanede eş refakat eden hastaların puan ortalaması ($\bar{X}=6.65$), diğer refakat eden gruplardan daha düşüktür. Hastanede eş refakat eden hastaların bu durumu fiziksel ve duygusal destek olarak algılamalarından dolayı bu hastalarda daha az kırılabilirlik görülebileceği düşünülmektedir. Literatürde bu yönüyle benzer çalışma görülmemesine rağmen evli hastaların daha az kırılabilir olduğu bildirilmiştir (İmren, 2020).

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği: Yapılan bu çalışmada, hastaların Güven Desteği alt boyutundan 55.46 ± 10.40 , Duygusal Destek alt boyutundan 51.92 ± 9.47 , Bilgisel Destek alt boyutundan 42.39 ± 8.56 ve Sosyal Destek Hasta Formu toplamından

149.79±27.16 puan aldıkları gözlenmiştir. Başka bir ifade ile kanser hastaların sosyal destek ölçeği toplam puanı ortalaması ve alt boyut ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalaması yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Kanser hastalarının sosyal destek algısının yüksek olması istenilen bir sonuç olup algıladıkları sosyal desteğin uygun düzeyde bir destek sistemi ile sağlandığı ve hastada sosyal desteğin, stresi azaltıp tampon görevi gördüğü söylenebilir (Kaykunoğlu ve Tambağ, 2022). Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken aynı zamanda Zhao ve ark. (2022); Çalışkan ve ark. (2016) ile Dedeli ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmalarda algılanan sosyal destek puanı yüksek çıkmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yaşanan yer, gelir durumu ve hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre Sosyal Destek düzeyi: Yapılan çalışma istatistiksel olarak anlamlı olup erkek hastaların ($\bar{X}$ =153.83) puan ortalaması kadın hastaların ($\bar{X}$ =145.89) puan ortalamasından daha yüksek çıkmıştır. Başka bir ifade ile güven desteği, duygusal destek ve bilgi desteği alt boyutlarında erkek hastaların daha fazla sosyal destek algıladıkları gözlenmiştir. Bu sonuç erkek hastaların sağlık durumu ile ilgili endişelerini daha az ifade etmeleri, daha az destek beklmeleri ve daha güçlü durmaya çalışmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karakoç ve ark. (2010) yaptığı çalışmada benzer sonucu bulmuştur ancak bu bulgular genel literatürle uyuşmamaktadır. Hatta önceki çalışmalar, kadınlarda erkeklere kıyasla sürekli olarak daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladığı bildirmiştir (Dedeli ve ark. (2008); Mersin ve ark. (2018); Sonnenberg ve ark. (2013). Bu çalışma, günümüzde geleneksel cinsiyet rollerinde genel bir değişimin başlangıcını yansıtabilecek bir çalışma olabileceği görülmektedir. Kadınların iş hayatında ve sosyal hayatta daha aktif olması, toplumda daha fazla yer edinmesi geleneksel kadın rollerinin

değişiminin nedeni olarak düşünülebilir. Yapılan bu çalışma cinsiyet ve sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye güncel bir bakış açısı kazandırdığı söylenebilir.

Medeni duruma göre Sosyal Destek düzeyi: Evli hastaların sosyal destek ($\bar{X}$ =153.03) puanlarının, bekâr ($\bar{X}$ =111.50) ve eşi vefat etmiş ($\bar{X}$ =136.46) hastaların puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile medeni durumu evli olan hastaların, bekar hastalara ve eşi vefat etmiş hastalara göre daha fazla sosyal destek algıladıkları gözlenmiştir. Evli hastaların sosyal destek kaynaklarının fazla olması ve ihtiyaç duyduğu zaman destekleyen kaynakların yanında olmasından dolayı evli hastaların sosyal destek düzeyini daha yüksek olduğu düşünülmüştür (Li ve ark., 2024). Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken aynı zamanda Mutlu (2012); Mersin ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmalarda bekarların sosyal destek algısı evlilerden daha düşük çıkmıştır.

Eğitim durumuna göre Sosyal Destek düzeyi: Okuryazar olmayan hastaların ($\bar{X}$ =138.11) puanlarının, ilkokul ($\bar{X}$ =153.39), lise ($\bar{X}$ =159.16) ve üniversite ($\bar{X}$ =168.21) mezunu hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek düzeyinin de tüm alt boyutlarda arttığı görülmüştür. Eğitim seviyesi arttıkça aile ve arkadaşlarda algılanan sosyal desteği arttığı ve sosyal ağların eğitilmiş bireyler tarafından daha iyi kullanılabildiği öngörülmektedir (Çalışkan ve ark., 2016). Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken Uygun (2022); Uysal (2011) ve Karakoç ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek düzeyinde arttığını ifade etmiştir.

Gelir durumuna göre Sosyal Destek düzeyi: Yapılan çalışmaya göre gelir durumu kötü ($\bar{X}$ =123.83) olan hastaların puanının, orta ($\bar{X}$ =152.59) ve iyi ($\bar{X}$ =161.05) gelire sahip hastaların puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile yaşlı kanser hastalarının gelir durumuna göre sosyal destek düzeyi, gelir durumu iyi olan hastaların

daha fazla sosyal destek algıladıklarıdır. Gelir durumu iyi olan hastaların ekonomik açıdan daha az destek beklemeleri ve aileleriyle daha fazla vakit geçirebildikleri düşünülmektedir (Uygun, 2022).

Hastanede kimin refakat ettiği durumuna göre Sosyal Destek düzeyi: Yapılan bu çalışmada hastanede eşi refakat eden hastaların ($\bar{X}$ =153.61) puanlarının, çocukları ($\bar{X}$ =150.04), akrabası ($\bar{X}$ =139.13), aile ($\bar{X}$ =137.56) yalnız ($\bar{X}$ =148.33), ve arkadaşı ($\bar{X}$ =94.00) refakat eden hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile hastanede eşi refakat eden hastaların duygusal destek alt boyut ve güven destek alt boyut puanları diğer refakatçi gruplarından yüksektir. Eşi refakat eden hastaların eşlerine olan güveni ve duygusal yakınlılığın sosyal destek puanının artmasına neden olduğu bildirilmiştir (Kaykunoğlu ve Tambağ, 2022). Çalışma bu yönüyle genel literatüre uyum göstermektedir.

Yaşanılan yere göre yaşanılan yere göre Sosyal Destek düzeyi: Yapılan bu çalışmada il de yaşayan hastaların ($\bar{X}$ = 159.19), ilçede yaşayan ($\bar{X}$ =149.14) ve köy-kasabada yaşayan ($\bar{X}$ =136.52) hastalara göre ortalama puanı ve tüm alt boyut puanları daha yüksektir. İlde yaşayan hastaların sosyal çevrelerinin daha fazla olduğu, sosyal ağları daha çok kullanabildiği, hastaların sağlık kuruluşlarına daha kolay ulaşabildiği ve sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanabildiği düşünülmektedir (Çalışkan ve ark., 2016). Bu yönüyle yapılan çalışma literatürle uyumludur.

Çeşitli değişkenler ile Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve Kanseri Hastası Sosyal Destek Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi: Yaş ile Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olarak negatif yönlü ve düşük düzeylidir ($p<0.05$). Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı arttıkça yaş düşmektedir. Bu sonuç hastalarda yaş arttıkça öz bakım becerilerinin azaldığı, temel yaşam şartları olan beslenme, giyinme, hareketlilik gibi ihtiyaçları karşılamada

başkasına ihtiyaç duydukları için yaş faktörünün bakım bağımlılığı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu gözlenmiştir (Dijkstra ve ark., 2012). Literatürde benzer şekilde Caljouw ve ark. (2014); Korhan ve ark. (2013); Baksi ve Genç (2020) tarafından yapılan araştırmalarda bakım bağımlılık düzeyi ile yaş arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki bildirilmiştir.

Edmonton Kırılgnlık Ölçeği toplam puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Edmonton Kırılgnlık Ölçeği toplam puanı arttıkça hastaların yaş ortalamasının da arttığı gözlenmiştir (İmren, 2020). Yaşlanma ile fizyolojik kaynakların azalması, kanser hastalığının etkisi ve tedavinin komplikasyonları yaşlı bireyleri daha fazla etkilenmekte bu nedenle yaş aldıkça kırılgnlık düzeyinin de arttığı gözlenmektedir. Literatürde Özkaya (2019); Atakul (2017); Cohen ve ark. (2016); Aşiret ve Çetinkaya'nın (2018) yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlar bildirmişlerdir.

Edmonton Kırılgnlık Ölçeği toplam puanı ile tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Tedavi süresi uzadıkça eşlik eden hastalıkların artması, hastane ve tedavi süresinin getirdiği fiziksel ve psikolojik yorgunluk, tedavi sürecinde daha izole bir hayat yaşam sürmeleri bu hastaları daha kırılgn yapabilmektedir. Atakul (2017); Hurria ve ark. (2011) yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Yine kırılgnlık, artan yaşla birlikte de oldukça yaygın görülmektedir (Cawthon ve ark., 2007; Ensrud ve ark., 2007; Fried ve ark., 2001; Rockwood ve ark., 2004; Woods ve ark., 2005; Toşur, 2017; Herr ve ark., 2016; Setiati ve ark., 2021; Öztürk, 2022).

Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması, güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği alt boyutlarına ait puanı ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulundu($p<0.05$). Kanser Hastası

Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ortalaması arttıkça yaş düşmektedir. Genel bir eğilim olarak, yaş ne kadar yüksek ise, bildirilen sosyal destek düzeyinin o kadar düşük olduğu gözlemlenmiştir. Yaşın ilerlemesiyle beraber emeklilik ve eşin vefatı, çocuklardan uzak olmak gibi nedenlerden dolayı sosyal destek kaynaklarında azalmalar olabilmektedir. Bu durum yaşlı hastalarda yalnızlık ve sosyal izolasyona yol açabilmekte ve yaşlı hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi azaltabilmektedir (Kadambi ve ark., 2020). Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken aynı zamanda Kocalevent ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada en genç yaş grupları en yüksek sosyal destek düzeylerine sahiptir. Ayrıca, yaşlılarda yalnızlık ve sosyal izolasyon sorunuyla ilgili yapılan araştırmalarda (Granade ve Boldy, 2008; Routasalove ark., 2006) bu sonuçları desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada yüksek sosyal desteğe sahip kanserli hastaların problemlerle baş etme becerisinin daha yüksek olduğunu, bu hastaların kanser tedavi sürecine daha iyi uyum gösterdiğini bildirmiştir (Tan, 2007). Sosyal Destek Hasta Formu toplam puanı, güven desteği alt boyut puanı, bilgi desteği alt boyut puanı, duygusal desteği alt boyut puanı ile tedavi süresi ve alınan kür sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Yapılan başka bir çalışmada kanser hastalarının hastalık süresi ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tan ve Karabulutlu, 2005).

Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği +arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ortalaması ile Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki vardır ($r = -.806$; $p < 0.05$). Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı arttıkça Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı düşmektedir. Başka bir ifade ile bakım gereksinimlerini karşılamada başkasına bağımlı olan hastaların kırılganlık düzeyi daha yüksektir (Aydın ve Akın, 2023). Kırılganlık düzeyi yüksek olan hastalarda görülen güçsüzlük, düşük fiziksel aktivite, kilo kaybı gibi

durumlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini karşılamada bağımlılığa neden olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç literatürle uyumluluk göstermektedir (Hiriscou ve ark., 2022; Jędrzejczyk ve ark., 2022; Lee ve Park, 2023).

Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması, Güven Desteği, Duygusal Destek, Bilgi Desteği alt boyutlarına ait puan ortalamaları ile Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça hastalarda bakım bağımlılığı düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılamada başkasına bağımlı olan hastalarda sosyal destek beklentilerinin artması, sosyal ilişkilerinin azalması ve rol kayıplarının olması hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyini azaltmaktadır (Cui ve ark., 2021). Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken sosyal destek düzeyi yüksek olan hastaların fonksiyonel açıdan daha bağımsız ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu gözlenmiştir (Çalışkan ve ark., 2016; Gonzalez-Saenz de Tejada ve ark., 2017; Salonen ve ark., 2013).

Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması, Güven Desteği, Duygusal Destek, Bilgi Desteği alt boyutlarına ait puanı ortalaması ile Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu bulundu ($r = -.529$; $p<0.05$).

Başka bir ifade ile algılan sosyal destek düzeyi azaldıkça kırılganlık düzeyi arttığı bulundu. Sosyal destek düzeyinin düşük olması yaşlı hastalarda sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu durum beraberinde fiziksel ve bilişsel işlevlerin gerilemesine ve kırılganlığın durumunun yaşanmasına neden olabilmektedir (Turan ve Oksel, 2024) Bu sonuç literatürle uyumluluk gösterirken aynı zamanda düşük sosyal destek düzeyi ve sosyal izolasyon yaşayan bireylerde kırılganlığın daha yaygın olduğu görülmüştür (Aygör ve ark., 2018; Eyigor ve ark., 2015; Khan ve ark., 2019). Ayrıca, Makizako ve ark. (2018)

tarafından yapılan bir çalışmada, başlangıçta sosyal açıdan kırılganlık yaşayan 4304 yaşlı yetişkin, sosyal açıdan din olan yaşlı yetişkinlere kıyasla 1,7 kat daha fazla sosyal destek ve bakım ihtiyaı hissettikleri bildirilmiştir. 65 yaş ve üstü 637 hasta arasında yapılan bir çalışma, kırılganlık ile sosyal destek arasında doğrudan negatif bir ilişki olduğunu buldu (Liu ve ark., 2020). Slaven ve ark., 2021'de 65 yaş ve üzeri 1851 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada, yüksek düzeyde sosyal destek algılayan yaşlı bireylerin kırılganlık yaşama olasılığı daha düşük çıkmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

65 Yaş ve Onkoloji hastalarında bakım bağımlılığı, kırılganlık, sosyal destek düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

- Yapılan bu çalışmaya 287 kanser tanısı almış hastaların %50.9'u kadın, %83.6'sı evli, %44.3'ü ilkokul mezunu, %72.8'inin sağlık güvencesi var, %43.2'si ilde yaşamakta, %71.8'inin gelir durumu orta, %20.2'si mide kanseridir ve hasta verilerinin %77'si kemoterapi ünitesinde toplanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 69.41 ± 4.64 ' dür.
- Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplamında hastalar 69.46 ± 14.09 puan almışlardır. Hastalarda orta düzeyde bakım bağımlılığı belirlendi.
- Yaş düştükçe Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanının arttığı bulundu.
- Katılımcıların Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplamında hastalar 7.81 ± 3.99 puan almışlardır. Hastalarda orta düzeyde kırılganlık belirlendi.
- Yaş ile Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ölçeğin toplam puanı arttıkça yaşı arttığı bulundu.
- Katılımcıların Sosyal Destek Hasta Formu toplamından 149.79 ± 27.16 puan almışlardır. Hastaların yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları belirlendi.
- Yaş ile Sosyal Destek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olup puan arttıkça yaşı düştüğü bulundu.
- Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Kırılganlık Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki olduğu, bakım bağımlılığı düzeyi arttıkça kırılganlık düzeyinin arttığı bulundu.

- Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması, Güven Desteği, Duygusal Destek, Bilgi Desteği puan ortalaması ile Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki olduğu, algılanan sosyal destek arttıkça bakım bağımlılığı düzeyi azaldığı bulundu.
- Sosyal Destek Hasta Formu toplam puan ortalaması Güven Desteği, Duygusal Destek, Bilgi Desteği puan ortalaması ile Edmonton Kırılgnlık Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu, algılanan sosyal destek arttıkça kırılgnlık düzeyi azaldığı bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlı bireylerde kırılgnlık, bakım bağımlılığı ve sosyal destek düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin değeriendirilmesi sonucunda elde edilen bilgiler ışığında hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasının sağlanması,
- Kanser hastalarına verilen sosyal destek, hastanın yaşama bağlanması ve tedavisinde sağlık ekibi ile olumlu iş birliği kurmasında önemli bir yer tutmasından dolayı bu durumun bakıma yansıtılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- A, A. K., & Feiring, E. (2022). Models of integrated care for older people with frailty: a horizon scanning review. *British Medical Journal*, 12(4), e060142. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060142>
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2), 75-80. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.744968>.
- Ahmed, N., Mandel, R., & Fain, M. J. (2007). Frailty: an emerging geriatric syndrome. *The American journal of medicine*, 120(9), 748–753. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.10.018>
- Akbıyık, I. (2018). *Yaşlı kanser hastalarında kemoterapi öncesi kırılabilirlik ve diğer klinik etkenlerin erken dönem kemoterapi toksisitesi ile ilişkisi* (Tez No.528535) [Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Akdemir, N., & Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. *Kanser ve Hemşirelik Bakımı* (4. baskı, s. 275-276). Sage Yayıncılık.
- Akin, S., & Kas Guner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), e12898. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ecc.12898>
- Altıok ÖH, Şengün F, Üstün B. (2011). Bakım kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-40. <file:///C:/Users/hp/Downloads/BakmKavramAnalizi.pdf>
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29313>

- Aşiret, G., & Çetinkaya, F. (2018). Hastanede yatırılan yaşlı hastaların kırılgnalık ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(4), 184-188. <https://hdl.handle.net/20.500.12451/7354>
- Atakul, E. (2017). 65 Yaş ve Üzeri Hematolojik Onkoloji Hastalarının Kırılgnalık Düzeylerinin Belirlenmesi (Tez No. 468846) [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Atakul, E., & Akyar, İ. (2019). Frailty Prevalence and Characteristics in Older Adults with Hematologic Cancer: a Descriptive Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(1), 43-49. https://doi.org/https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_35_18
- Aydın, H. T., & Akın, E. B. (2023). Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerde Kırılgnalık ve Fonksiyonel Durumun Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 7(1), 17-24. <http://chd.cumhuriyet.edu.tr/tr/download/article-file/3298608>
- Aydın Sayılan, A., & Demir Doğan, M. (2020). Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. *European journal of cancer care*, 29(4), e13252. <https://doi.org/10.1111/ecc.13252>
- Aygör, H. (2013). *Edmonton kırılgnalık ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi* (Tez No. 326442) [Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Aygör, H. E., Fadıloğlu, Ç., Şahin, S., Aykar, F. Ş., & Akçiçek, F. (2018). Validation of edmonton frail scale into elderly Turkish population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 76, 133-137. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.02.003>
- Ayvat, İ., & Özbaş, A. A. (2021). Yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri: gereksinimler de yaşılanıyor mu? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 93-100. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.907936>

- Baksi, A., & Genç, H. (2020). Cerrahi girişim geçiren hastaların bakım bağımlılığı durumlarının bakım algısı, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(4). <http://doi.org/10.5336/nurses.2020-75291>
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/522164>
- Beck, S. L., Towsley, G. L., Caserta, M. S., Lindau, K., & Dudley, W. N. (2009). Symptom experiences and quality of life of rural and urban older adult cancer survivors. *Cancer Nursing Journal*, 32(5), 359-369. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181a52533>
- Beğer, T., & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25(3), 1-3. https://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf
- Behrendt, D., Spieker, S., Sumngern, C., & Wendschuh, V. (2023). Integrating social support into interventions among the elderly in nursing homes: a scoping review. *British Medical Journal Open*, 13(4), e071962. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071962>
- Bilgin, Ö., Özdemir, D., Saçkan, F., & Güney, İ. (2020). Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 14-23. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1070315>
- Boggatz, T., Dijkstra, A., Lohrmann, C., & Dassen, T. (2007). The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. *Journal Advanced Nursing*, 60(5), 561-569. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04456.x>

- Caljouw, M. A., Cools, H. J., & Gussekloo, J. (2014). Natural course of care dependency in residents of long-term care facilities: prospective follow-up study. *BioMed Central Geriatrics Journal*, 14, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-67>
- Can, M. İ., & Aslan, A. (2014). Yaşlanmanın moleküler temelleri. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 30(2), 107-112. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/236083>
- Casciato, D. A., Lowitz, B. B., & Manavoğlu, O. (2004). Klinik Onkoloji El Kitabı. *Kanserlerin Tanımı, Epidemiyolojisi ve Genel Nedenleri* (4. Baskı, s. 23). Palme Yayıncılık.
- Catalano, O., Roldán, F. A., Varelli, C., Bard, R., Corvino, A., & Wortsman, X. (2019). Skin cancer: findings and role of high-resolution ultrasound. *Journal of Ultrasonography*, 22(4), 423-431. <https://doi.org/10.1007/s40477-019-00379-0>
- Cawthon, P. M., Marshall, L. M., Michael, Y., Dam, T. T., Ensrud, K. E., Barrett-Connor, E., Orwoll, E. S., & Group, O. (2007). Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1216-1223. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01259.x>
- Ceyhan, Y. Ş., & Ünsal, A. (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması [Comparison of the self-efficacy level of the people with different chronic diseases]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 263-273. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46759/586466>
- Chalise, H. N. (2019). Aging: basic concept. *American Journal Biomedical Science & Research*, 1(1), 8-10. <http://dx.doi.org/10.34297/AJBSR.2019.01.000503>

- Chambers, A., Damone, E., Chen, Y. T., Nyrop, K., Deal, A., Muss, H., & Charlot, M. (2022). Social support and outcomes in older adults with lung cancer. *Journal Geriatric Oncology*, 13(2), 214-219. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.09.009>
- Charalambous, A., & Beadsmoore, A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.05.008>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62167-9)
- Cohen, H. J., Smith, D., Sun, C. L., Tew, W., Mohile, S. G., Owusu, C., Klepin, H. D., Gross, C. P., Lichtman, S. M., & Gajra, A. (2016). Frailty as determined by a comprehensive geriatric assessment-derived deficit-accumulation index in older patients with cancer who receive chemotherapy. *Cancer*, 122(24), 3865-3872. <https://doi.org/10.1002/cncr.30269>
- Cui, P., Chen, Y., Li, Y., Wali, N., & Li, Y. (2021). The role of social support in the association between dependency and important risk factors among the elderly. *Psychogeriatrics*, 21(3), 317-323. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/psyg.12671>
- Çakici, M., & Meti, Z. G. (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan geriatrik bireylerde dispne, bakım bağımlılığı ve kırılabilirlik arasındaki etkileşim. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 34(3), 95-104. <https://doi:10.5222/İGH.2020.25733>
- Çakmur H. (2015). Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 21, 1232–1242. <https://doi.org/10.12659/MSM.893400>

- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., & Tekir, Ö. (2016). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-36. <https://doi.org/10.24938/kutfd.124910>
- Çevik, B. A., & Pirinçci, E. (2017). Beslenme ve Kanser. *Firat Tıp Dergisi*, 22(1). <https://www.firattipdergisi.com/text.php3?id=1024>
- Çunkuş, N., Yiğitoğlu, G. T., & Akbaş, E. (2019). Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(2), 58-67. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/797844>
- De Labra, C., Maseda, A., Lorenzo-López, L., López-López, R., Buján, A., Rodríguez-Villamil, J. L., & Millán-Calenti, J. C. (2018). Social factors and quality of life aspects on frailty syndrome in community-dwelling older adults: the verisaúde study. *BioMed Central Geriatrics Journal*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0757-8>
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., & Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3), 132-139. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/11211>
- Deniz, E. B. (2022). Kanser Epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), 102-111. <https://doi.org/10.54247/soyd.2022.49>
- Dent, E., Daly, R. M., Hoogendijk, E. O., & Scott, D. (2023). Exercise to Prevent and Manage Frailty and Fragility Fractures. *Current Osteoporosis Reports*, 21(2), 205-215. <https://doi.org/10.1007/s11914-023-00777-8>
- Dijkstra, A., Buist, G., Moorer, P., & Dassen, T. (1999). Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), 380-388. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1999.00245.x>

- Dijkstra, A., Sipsma, D., & Dassen, T. (1999). Predictors of care dependency in Alzheimer's disease after a two-year period. *International Journal of Nursing Studies*, 36(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(99\)00044-9](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(99)00044-9)
- Dijkstra, A., Tiesinga, L. J., Plantinga, L., Veltman, G., & Dassen, T. W. (2005). Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 410-416. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03406.x>
- Dijkstra, A., Yönt, G. H., Korhan, E. A., Muszalik, M., Kędziora-Kornatowska, K., & Suzuki, M. (2012). The care dependency scale for measuring basic human needs: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2341-2348. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05939.x>
- Donovan, E. E., & Greenwell, M. R. (2021). Social support in nursing: A review of the literature. *Nursing Communication*, 1(1), 2. <https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=nursingcommunication>
- Doroszkieicz, H. (2022). How the cognitive status of older people affects their care dependency level and needs: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph191610257>
- Durá-Ferrandis, E., Mandelblatt, J. S., Clapp, J., Luta, G., Faul, L., Kimmick, G., Cohen, H. J., Yung, R. L., & Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: calgb protocol 369901 (Alliance). *Psycho-Oncology*, 26(11), 1914-1921. <https://doi.org/10.1002/pon.4404>
- Düzgün, F., Yılmaz, D., Kara, H., & Durmaz, H. (2019). Bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesi.

- Elbi, H., & Cengiz Özyurt, B. (2021). Yaş ve Üstü Bireylerde Kırılganlığın Prevalansı ve Kırılganlığı Etkileyen Faktörler. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1, 9-17. https://www.smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/K%C4%B1r%C4%B1lganl%C4%B1k.pdf
- Ensrud, K. E., Ewing, S. K., Taylor, B. C., Fink, H. A., Stone, K. L., Cauley, J. A., Tracy, J. K., Hochberg, M. C., Rodondi, N., & Cawthon, P. M. (2007). Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 744-751. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.744>
- Ethun, C. G., Bilen, M. A., Jani, A. B., Maithel, S. K., Ogan, K., & Master, V. A. (2017). Frailty and cancer: Implications for oncology surgery, medical oncology, and radiation oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(5), 362-377. <https://doi.org/https://doi.org/10.3322/caac.21406>
- Eyigor, S., Kutsal, Y. G., Duran, E., Huner, B., Paker, N., Durmus, B., Sahin, N., Civelek, G. M., Gokkaya, K., Doğan, A., Günaydın, R., Toraman, F., Cakir, T., Evcik, D., Aydeniz, A., Yildirim, A. G., Borman, P., Okumus, M., & Ceceli, E. (2015). Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project. *Safetylit Journal Detalis Age*, 37(3), 9791. <https://doi.org/10.1007/s11357-015-9791-z>
- Eylen, B. (2002). "Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği" nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 109-117. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/153195>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., & Burke, G. (2001). Frailty in older adults:

- evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Friedenreich, C. M., Ryder-Burbidge, C., & McNeil, J. (2021). Physical activity, obesity and sedentary behavior in cancer etiology: epidemiologic evidence and biologic mechanisms. *Molecular Oncology*, 15(3), 790-800. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12772>
- Gelekçi, E. Ö., & Sevda, E. (2023). Kronik hastalığı olan erişkinlerde bakım bağımlılığı. *Gevher Nesibe Journal of Medical And Health Sciences*, 8(4), 926-933.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10045674>
- Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook Journal*, 58(2), 76-86.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.005>
- Goede, V. (2023). Frailty and cancer: Current perspectives on assessment and monitoring. *Clinical Interventions in Aging*, 18, 505-521. <https://doi.org/10.2147/cia.S365494>
- Gonzalez-Saenz de Tejada, M., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., Escobar, A., & Group, C.-C. (2017). Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1263-1269. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pon.4303>
- Göçmen Baykara, Z. (2014). Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2), 92-99. <https://jag.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=tjob&plng=tur&un=TJOB-54264>

- Gökgöz, R., Yılmaz, C.K. Acil servise başvuran yaşlı bireylerde bakım bağımlılığının kırılabilirlik düzeyine etkisi. *Ege Tıp Dergisi*. 2023; 62(2): 195-204. <https://doi.org/10.19161/etd.1310403>
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468-478. <https://doi.org/10.1071/ah080468>
- Handforth, C., Clegg, A., Young, C., Simpkins, S., Seymour, M., Selby, P., & Young, J. (2015). The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review. *Annals of Oncology*, 26(6), 1091-1101. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu540>
- Harttgen, K., Kowal, P., Strulik, H., Chatterji, S., & Vollmer, S. (2013). Patterns of frailty in older adults: comparing results from higher and lower income countries using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). *Public Library of Science*, 8(10), e75847. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075847>
- Herr, M., Arvieu, J., Robine, J.-M., & Ankri, J. (2016). Health, frailty and disability after ninety: results of an observational study in France. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.002>
- Hiriscu, E. I., Buzdugan, E. C., Hui, L. A., & Bodolea, C. (2022). Exploring the relationship between frailty, functional status, polypharmacy, and quality of life in elderly and middle-aged patients with cardiovascular diseases: A one-year follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph19042286>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365-1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Hsu, T., Elias, R., Swartz, K., & Chapman, A. (2023). Developing sustainable cancer and aging programs. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*(43), e390980. https://doi.org/10.1200/EDBK_390980
- Hurria, A., Cirrincione, C. T., Muss, H. B., Kornblith, A. B., Barry, W., Artz, A. S., Schmieder, L., Ansari, R., Tew, W. P., & Weckstein, D. (2011). Implementing a geriatric assessment in cooperative group clinical cancer trials: CALGB 360401. *Journal of Clinical Oncology*, 29(10), 1290-1296. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.30.6985>
- İmren, I. G. (2020). *Geriatrik hastalarda kırılabilirlik ile dermatolojik yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez No. 651948) [Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Jacobsen SK, Bouchard GM, Emed J, Lepage K, Cook E. Experiences of "Being Known" by the Healthcare Team of Young Adult Patients with Cancer. *Oncology Nursing Society*, 42(3), 250-6. doi: 10.1188/15.ONF.250-256.
- Jadidi, A., & Ameri, F. (2022). Social Support and Meaning of Life in Women with Breast Cancer. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32(4), 709-714. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i4.6>
- Jang, I. Y., Jung, H. W., Lee, C. K., Lee, Y. S., Kim, K. I., Kim, K. W., Oh, H., Ji, M. Y., Lee, E., & Kim, D. H. (2016). Rural and urban disparities in frailty and aging-

- related health conditions in Korea. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(4), 908-911. <https://doi.org/10.1111/jgs.14074>
- Jędrzejczyk, M., Foryś, W., Czapla, M., & Uchmanowicz, I. (2022). Relationship between multimorbidity and disability in elderly patients with coexisting frailty syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph19063461>
- Jespersen, E., Winther, S. B., Minet, L. R., Möller, S., & Pfeiffer, P. (2021). Frailty screening for predicting rapid functional decline, rapid progressive disease, and shorter overall survival in older patients with gastrointestinal cancer receiving palliative chemotherapy-a prospective, clinical study. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(4), 578-584. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.10.007>
- Jones, O. T., Ranmuthu, C. K. I., Hall, P. N., Funston, G., & Walter, F. M. (2020). Recognising skin cancer in primary care. *Advances in Therapy*, 37(1), 603-616. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-01130-1>
- Kadambi, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Garg, T., Loh, K. P., Krok-Schoen, J. L., Battisti, N. M. L., Moffat, G. T., Gil-Jr, L. A., Mohile, S., & Hsu, T. (2020). Social support for older adults with cancer: Young international society of geriatric oncology review paper. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(2), 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.09.005>
- Kalaycı, İ. (2015). Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 385-390. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/195477>
- Kapucu, S., & Ünver, G. (2017). Kırılgan yaşlı ve hemşirelik Bakımı/Fragile elderly and nursing care. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 122-129. <https://doi.org/10.20515/otd.288967>

- Karaca, A., & Durna, Z. (2018). Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 28(2), 16-23. <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2019/04/3-Hem%C5%9Firelik-Bak%C4%B1m-Kalitesi-ve-%C4%B0li%C5%9Fkili-Fakt%C3%B6rler.pdf>
- Karakoç, T., & Yurtsever, S. (2010). Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.001>
- Kaykunoğlu, M., & Tambağ, H. (2022). Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 429-435. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1141820>
- Kenis, C., Decoster, L., Van Puyvelde, K., De Grève, J., Conings, G., Milisen, K., Flamaing, J., Lobelle, J.-P., & Wildiers, H. (2013). Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(1), 19-26. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.1345>
- Khan, K. T., Hemati, K., & Donovan, A. L. (2019). Geriatric physiology and the frailty syndrome. *Anesthesiology Clinics*, 37(3), 453-474. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.006>
- Khan, S. S., Singer, B. D., & Vaughan, D. E. (2017). Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. *Aging Cell*, 16(4), 624-633. <https://doi.org/10.1111/accel.12601>
- Kılıç, H. F., Cevheroğlu, S., & Görgülü, R. S. (2017). Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1), 22-28. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752982>

- Kocalevent, R.-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U., & Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>
- Kocamaz, D., Tuncer, A., Yamak, D., Sever, Ö., & Yıldırım, M. (2019). Kanser ve onkolojik rehabilitasyon. *Zeugma Health Res*, 1(1), 25-30. <https://sbf.hku.edu.tr/wp-content/uploads/2020/01/Kanser-ve-Onkolojik-Rehabilitasyon.pdf>
- Koç, K. (2020). *KOAH ve diyabetes mellitus hastalığına sahip bireylerin bakım bağımlılıklarının, yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin karşılaştırılması* (Tez No. 617966) [Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Korhan, E. A., Yönt, G. H., Tokem, Y., Karadağ, Ö., Sarıoğlu, E., & Yıldız, K. (2013). Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 199-204. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29643>
- Koyuncu, N. E. (2019). *Kemoterapi uygulanan hastalarda bakım bağımlılığı ile özbakım davranışları arasındaki ilişki* (Tez No. 569504) [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Kuzuya, M. (2012). Process of physical disability among older adults—contribution of frailty in the super-aged society. *Nagoya Journal of Medical Science*, 74(1-2), 31. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4831248/>
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>

- Lee, G. A., & Park, J.-H. (2023). The relationship between the frailty of the older adults and cognitive function, activities of daily living, and life satisfaction. *Alzheimer's & Dementia*, 19(S8), e062858. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/alz.062858>
- Li, H., Lyu, M., Wang, A., Yin, Y., Zhang, J., & Li, P. (2024). Social support and life satisfaction in women with cervical cancer: a serial multiple mediation model. *Cancer Nursing*, 47(1), 64-71. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001146>
- Liu, Y., Meng, H., Tu, N., & Liu, D. (2020). The relationship between health literacy, social support, depression, and frailty among community-dwelling older patients with hypertension and diabetes in China. *Frontiers in Public Health*, 8, 280. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00280>
- Lohrmann, C., Dijkstra, A., & Dassen, T. (2003). Care dependency: testing the German version of the Care Dependency Scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 51-56. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00117.x>
- Makizako, H., Tsutsumimoto, K., Shimada, H., & Arai, H. (2018). Social Frailty Among Community-Dwelling Older Adults: Recommended Assessments and Implications. *Annals of geriatric medicine and research*, 22(1), 3-8. <https://doi.org/10.4235/agmr.2018.22.1.3>
- Maomao, C., He, L., Dianqin, S., Siyi, H., Xinxin, Y., Fan, Y., Shaoli, Z., Changfa, X., Lin, L., Ji, P., & Wanqing, C. (2022). Current cancer burden in China: epidemiology, etiology, and prevention. *Cancer Biology Medicine*, 19(8), 1121-1138. <https://doi.org/10.20892/j.issn.2095-3941.2022.0231>
- Markle-Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58-68. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02767.x>

- Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2019). Current cancer epidemiology. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(4), 217-222. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191008.001>
- Mersin, S., & Arslan, F. (2018). Depresyonlu hastaların sosyal destek algıları. *Journal of International Social Research*, 11(56). <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.20185639014>
- Mutlu, Z. (2012). *Yaşlı bireylerde yaşam tatmini ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi* (Tez No. 317144) [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Nazlı, A. (2016). Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. *Ege Tıp Dergisi*, 55. <https://doi.org/10.19161/etd.344195>
- Oksel, E., & Turan, S. (2024). Yaş alan bireylerde kırılabilirlik ve sosyal izolasyona bir bakış. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 40(1), 155-159. <https://doi.org/10.53490/eghehemsire.1077201>
- Ovayolu, N., & Ovayolu, Ö. (2016). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği: ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Özbudak, E., & Şahin, A. O. (2021). Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1), 307-322. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.835942>
- Özdemir, D., Bilgin, Ö., Saçkan, F., & Güney, İ. (2020). Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 14-23. <https://dergipark.org.tr/en/pub/jgehes/issue/53907/644390>
- Özkaya, B. (2019). *Yeni Tanı Almış 65 Yaş Üzeri Maligniteli Hastalarda Kırılabilirlik ve Sarkopeni Oranlarının Belirlenmesi ve Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Tez No. 563498) [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Özlük, A. A., Güner Oytun, M., & Güneş, D. (2017). Kanser immünoterapisi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi*, 2(1), 21-23.
<https://doi.org/10.5606/fng.transplantasyon.2017.004>
- Öztürk, D. (2022). *Yaşlı bireylerde kırılabilirlik, düşme korkusu kaçınma davranışının ve yaşam kalitesinin incelenmesi* (Tez No. 737395) [Yüksek lisans, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü]. Ulusal Tez Merkezi.
- Pekince, H., & Aslan, H. (2021). The care dependency levels of the inpatients in the palliative care center and influencing factors. *Abant Medical Journal*, 10(2), 185-196. <https://doi.org/10.47493/abantmedj.816349>
- Pekmezci, H., & Başaran, B. (2021). Kanser hastalarının beslenme alışkanlıkları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(2).
<http://dx.doi.org/10.5336/nurses.2020-78631>
- Pilleron, S., Gnangnon, F., Noronha, V., & Soto-Perez-de-Celis, E. (2023). Cancer incidence estimates in adults aged 60 years and older living in low-and-middle-income countries for the years 2020 and 2040. *Ecancermedicalscience*, 17, 1594.
<https://doi.org/10.3332/ecancer.2023.1594>
- Pulignano, G., Del Sindaco, D., Di Lenarda, A., Tarantini, L., Cioffi, G., Gregori, D., Tinti, M. D., Monzo, L., & Minardi, G. (2010). Usefulness of frailty profile for targeting older heart failure patients in disease management programs: a cost-effectiveness, pilot study. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 11(10), 739-747.
<https://doi.org/10.2459/JCM.0b013e328339d981>
- Puto, G., Sowińska, I., Ścisło, L., Walewska, E., Kamińska, A., & Muszalik, M. (2021). Sociodemographic Factors Affecting Older People's Care Dependency in Their Daily Living Environment According to Care Dependency Scale

- (CDS). *Healthcare* (Basel, Switzerland), 9(2), 114.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9020114>
- Radwin, L. (2000). Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 179-190. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200006\)23:3%3C179::AID-NUR2%3E3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200006)23:3%3C179::AID-NUR2%3E3.0.CO;2-T)
- Rockwood, K., Howlett, S. E., MacKnight, C., Beattie, B. L., Bergman, H., Hébert, R., Hogan, D. B., Wolfson, C., & McDowell, I. (2004). Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 1310-1317.
<https://doi.org/10.1093/gerona/59.12.1310>
- Rose, M. R., Flatt, T., Graves, J. L., Greer, L. F., Martinez, D. E., Matos, M., Mueller, L. D., Shmookler Reis, R. J., & Shahrestani, P. (2012). What is aging? *Frontiers in Genetics*, 3, 134. doi: 10.3389/fgene.2012.00134
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—a population-based study. *Gerontology*, 52(3), 181-187.
<https://doi.org/10.1159/000091828>
- Salonen, P., Tarkka, M.-T., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Koivisto, A.-M., Aalto, P., & Kaunonen, M. (2013). Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 396-405. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01050.x>

- Séguy, I., Courgeau, D., Caussinus, H., & Buchet, L. (2019). Chronological age, social age and biological age. *Historical Demography and Paleodemography*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.28706.68801>
- Setiati, S., Soejono, C. H., Harimurti, K., Dwimartutie, N., Aryana, I. S., Sunarti, S., Budiningsih, F., Mulyana, R., Dwipa, L., & Sudarso, A. (2021). Frailty and its associated risk factors: first phase analysis of multicentre Indonesia longitudinal aging study. *Frontiers in Medicine*, 8, 658580. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.658580>
- Shahar, S., Vanoh, D., Mat Ludin, A. F., Singh, D. K. A., & Hamid, T. A. (2019). Factors associated with poor socioeconomic status among Malaysian older adults: an analysis according to urban and rural settings. *BioMed Central Public Health*, 19(Suppl 4), 549. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6866-2>
- Shahrokni, A., Sun, C. L., Tew, W. P., Mohile, S. G., Ma, H., Owusu, C., Klepin, H. D., Gross, C. P., Lichtman, S. M., Gajra, A., Katheria, V., Cohen, H. J., & Hurria, A. (2020). The association between social support and chemotherapy-related toxicity in older patients with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(2), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.08.015>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(1), 7-30. <https://doi.org/10.3322/caac.21442>
- Sis Çelik, A. (2014). Side effects caused by radiotherapy and the nursing approach. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 933-947. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/23832/253887>
- Slaven, A., Hsu, J., Schelling, J. R., Navaneethan, S. D., Rincon-Choles, H., McAdams-DeMarco, M. A., Schachere, M., O'Malley, N., Deluca, J., & Lustigova, E. (2021). Social support in older adults with CKD: a report from the CRIC (chronic

- renal insufficiency cohort) study. *Kidney Medicine*, 3(5), 776-784. e771.
<https://doi.org/10.1016/j.xkme.2021.04.025>
- Smith, B. D., Smith, G. L., Hurria, A., Hortobagyi, G. N., & Buchholz, T. A. (2009). Future of cancer incidence in the United States: burdens upon an aging, changing nation. *Journal of Clinical Oncology*, 27(17), 2758-2765.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.8983>
- Softa, H., Bayraktar, T., & Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 1-12.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/221070>
- Sonnenberg, C. M., Deeg, D. J., van Tilburg, T. G., Vink, D., Stek, M. L., & Beekman, A. T. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 61-70.
<https://doi.org/10.1017/S1041610212001202>
- Sümen, A., & Öncel, S. (2018). Türkiye'de cilt kanseri ve güneşten korunmaya yönelik yapılan araştırmaların incelenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.5336/nurses.2017-56858>
- Tabali, M., Ostermann, T., Jeschke, E., Dassen, T., & Heinze, C. (2013). Does the care dependency of nursing home residents influence their health-related quality of life?-A cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 11, 41.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-41>
- Tan, M. (2007). Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 30(6), 498-504. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000300158.60273.ba>
- Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 28(3), 236.

https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2005/05000/social_support_and_hopelessness_in_turkish.13.aspx <https://doi.org/10.1097/00002820-200505000-00013>

Taşkın, A. (2024). *Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Spiritüel Bakım Gereksinimleri İle İlişkisinin Belirlenmesi* (Tez No. 872510) [Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

Taywade, A. P. (2018). Perceived social support and coping strategies among cancer patients. *Indian Journal of Health and Well-Being*, 9(3), 562-565. https://www.researchgate.net/profile/AachalTaywade/publication/337487162_Perceived_social_support_and_coping_strategies_among_cancer_patients/links/5ddb4cd92851c1fedafc3ae/Perceived-social-support-and-coping-strategies-among-cancer-patients.pdf

Tekin, Ç. S., & Kara, F. (2016). Dünyada ve türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219-229. <https://doi.org/10.21733/ibad.370584>

Tereci, D., Turan, G., Kasa, N., Öncel, T., & Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufukun Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), 84-116. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/626883>

Theou, O., Stathokostas, L., Roland, K. P., Jakobi, J. M., Patterson, C., Vandervoort, A. A., & Jones, G. R. (2011). The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *Journal of Aging Research*, 2011(1), 569194. <https://doi.org/10.4061/2011/569194>

Topçu, B., & Gülcivan, G. (2017). Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), 63-74. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nkmj/issue/31040/336501>

- Toşur, T. (2017). *Kırılgan olan ve olmayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi* (Tez No. 484623) [Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Turan, S., & Oksel, E. (2024). Yaş alan bireylerde kırılabilirlik ve sosyal izolasyona bir bakış. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 40(1), 155-159. <https://doi.org/10.53490/eghehemsire.1077201>
- Turner, G., & Clegg, A. (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of general practitioners report. *Age and Ageing*, 43(6), 744-747. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Dünya Nüfus Günü, 2024*. Retrieved 04.10.2024 from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2024-53680>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2023*. Retrieved 05.10.2024 from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023*. Retrieved 07.10.2024 from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Wleklik, M., Lisiak, M., & Gobbens, R. (2018). Frailty syndrome: nursing interventions. *SAGE Open Nursing*, 4, 2377960818759449. <https://doi.org/10.1177/2377960818759449>
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.8.3569>

- Uygun, A. V. (2022). *Kanser tanısı almış bireylerde psikolojik sağlamlık, travmatik büyüme ve sosyal destek algısının incelenmesi* (Tez No. 764203) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gedik Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Uysal, N. (2011). *Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi* (Tez No. 288787) [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Wen, K.-Y., Ma, X. S., Fang, C., Song, Y., Tan, Y., Seals, B., & Ma, G. X. (2017). Psychosocial correlates of benefit finding in breast cancer survivors in China. *Journal of Health Psychology*, 22(13), 1731-1742. <https://doi.org/10.1177/1359105316637839>
- Williams, G. R., Pisu, M., Rocque, G. B., Williams, C. P., Taylor, R. A., Kvale, E. A., Partridge, E. E., Bhatia, S., & Kenzik, K. M. (2019). Unmet social support needs among older adults with cancer. *Cancer*, 125(3), 473-481. <https://doi.org/10.1002/cncr.31809>
- World Health Organization. (2019). *World Population Ageing 2019*. United Nations. Retrieved 04.10.2024 from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- World Health Organization. (2020). *Kanser çeşitleri*. Retrieved 05.10.2024 from <https://www.losante.com.tr/Content/brosur/DS%C3%96%20Kanser%20Verileri%20Tablo%20%C3%87evirisi.pdf>
- World Health Organization. (2022a). *Absolute numbers, Incidence, Both sexes, age [65-85+]*. Retrieved 07.10.2024 from https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=population&age_start=13&group_populations=0&populations=792&multiple_populations=1&types=0

- World Health Organization. (2022). *Absolute numbers, Incidence, Both sexes, in 2022*. Retrieved 06.10.2024 from <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&key=total>
- World Health Organization. (2022). *KANSER*. Retrieved 29.11.2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization. (2022). *Most common site per country, Absolute numbers, Incidence, Both sexes, in 2022*. Retrieved 06.10.2024 from <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/maps-most-common-sites?mode=cancer&key=total>
- Yin, W., Wang, J., Jiang, L., & James Kang, Y. (2021). Cancer and stem cells. *Experimental Biology and Medicine*, 246(16), 1791-1801. <https://doi.org/10.1177/15353702211005390>
- Yokuş, B., & Çakır, D. Ü. (2012). Kanser biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*(1), 7-18. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/347971>
- Yönt, G. H. (2023). Kronik hastalıklarda bakım bağımlılığı ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 575-578. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2616255>
- Zhao, M., Jiang, Y., Xu, G., & Lin, X. (2023). The Mediating Effect of Hope Level Between Social Support and Benefit Finding in Patients With Advanced Lung cancer. *Cancer nursing*, 10.1097/NCC.0000000000001295. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001295>

EKLER

Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Betül ÇELİK
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%3	% 15
II. Genel Bilgiler	%3	% 35
III. Materyal ve Metod	%6	% 35
IV. Bulgular	%9	% 15
V. Tartışma	%11	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

Tez Yazarı (Öğrenci) Tarafından

İmza

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu



ETİK KURULU



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/268
Konu : Etik Kurul Kararı

30.03.2023

Sayın: Betül ÇELİK
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "65 Yaş ve Üstü Onkoloji Hastalarında Bakım Bağımlılığı, Kırılganlık, Sosyal Destek Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Mehtap TAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		65 Yaş ve Üstü Onkoloji Hastalarında Bakım Bağımlılığı, Kırılganlık, Sosyal Destek Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 2 Karar No: 72	Tarih: 30.03.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Ek-3. Kurum İzni



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2300187896
Konu : Uygulama İzni (Betül ÇELİK)

19.06.2023

BELGE YÖNETİM BÜROSU

İlgi : 16.06.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300186020 sayılı belge.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Betül ÇELİK'in "65 Yaş Ve Üstü Onkoloji Hastalarında Bakım Bağımlılığı, Kırılganlık, Sosyal Destek Düzeyleri Ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında Anabilim Dalı Başkanlığımız Merkezi Kemoterapi Ünitesinde, Onkoloji polikliniği ve servisinde yapmasında bir sakınca yoktur.

Gereğini rica ederim.

Ek-4. Hasta Bilgi Formu

Formu doldurma tarihi:.....

1. Yaşınız ?.....

2. Cinsiyetiniz ?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Medeni durumunuz ?

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Eşi vefat etmiş

4. Çocuk sayısı ?.....

5. Eğitim durumunuz ?

☐ Okur-yazar değil

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

6. Sağlık güvenceniz varmı ?

☐ Evet

☐ Hayır

7.Nerede yaşıyorsunuz?

☐ İl

☐ İlçe

☐ Köy-Kasaba

8.Gelir durumunuz nasıl ?

☐ İyi

☐ Orta

☐ Kötü

9. Kiminle yaşıyorsunuz ?.....

10. Klinik olarak tanısı ?.....

11. Ne kadar süredir tedavi görüyor ?.....

12. Hastane verisinin toplandığı yer?

- ☐ Onkoloji servisi
- ☐ Kemotepi ünitesi

13. Mevcut hastalığınız dışında başka bir hastalığınız varmı ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Hastanede size kim refaket ediyor ?

- ☐ Eşi
- ☐ Çocukları
- ☐ Akraba
- ☐ Aile
- ☐ Arkadaşı

15. Uygulanan tedavi yöntemi ?

- ☐ Kemoterapi
- ☐ Radyoterapi
- ☐ İmmün tedavi
- ☐ Destekleyici tedavi

16.İlk kemoterapi tedavisini ne zaman almaya başladınız?

- ☐ 0-12 ay
- ☐ 13-24 ay
- ☐ 25 ay ve üzeri

17.Alınan kür sayısı?.....

Ek-5. Bakım Bağımlılığı Ölçeği

	Tamamen Bağımlıyım	Oldukça bağımlıyım	Kısmen bağımlıyım	Çok az bağımlıyım	Bağımlı Değilim
Beslenme Yemek yeme gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kontinans İdrar ve dışkı boşaltımını control edebilmede					
Beden Duruşu Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik Hareket edebilmede					
Gündüz/ Gece Düngüsü Uykuya gitme ve sürdürübilmede					
Giyinme ve Soyunma Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut Sıcaklığı Ortam koşullarına göre vücut ısını koruyabilmede					
Vücut Temizliği Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden Kaçınma Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede					
İletişim Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürübilmede					
Başkaları ile ilişki kurma Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürübilmede					
İbadet yapma İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kurallara uyma Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler Günlük aktivitelerini sıralayabilmede					
Eğlence aktiviteleri Sosyal aktivitelere katılabilmeye					
Bellek/ hafıza Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada					
Öğrenme yeteneği Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede					

Ek-6. Kırılgnlık Ölçeği

Kırılgnlık alanı	Madde	0 puan	1 puan	2 puan
Bilişsel durum	Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yerlerine koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.	Hata yok	Küçük yerleştirme hataları	Diğer hatalar
Genel sağlık durumu	Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?	0	1-2	>2
	Genel olarak sağlığınıza nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel, çok iyi, iyi	İdare eder	Kötü
Fonksiyonel bağımsızlık	Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur? -Yemek hazırlama -Alışveriş yapma, -Ulaşım -Telefon -Ev temizliği -Çamaşır Yıkamak -Paranın idaresi -İlaç almak	0-1	2-4	5-8
Sosyal Destek	Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Hiç

İlaç kullanımı	Düzenli olarak 5 veya daha fazla farklı ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet	
	Zaman zaman reçeteli ilaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?	Hayır	Evet	
Beslenme	Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?	Hayır	Evet	
Ruh Hali	Kendinizi sıklıkla üzgün veya depresif hisseder misiniz?	Hayır	Evet	
Kontinans	İstemsiz idrar kaçırma probleminiz var mı?	Hayır	Evet	
Fonksiyonel Performans	Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size ‘gidin’ dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.	0-10 sn	11-20 sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma ihtiyaç duyması
Toplam	Toplam skor kolonların skorları toplamıdır			

Ek-7. Sosyal Destek Hasta Formu

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için **"benim durumuma çok uygun (5)", "benim durumuma uygun (4)" "benim durumuma kısmen uyuyor (3)", "benim durumuma uygun değil" (2)" ve "benim durumuma hiç uygun değil"(1)"** olmak üzere beş yanıt vardır.

	Benim durumuma çok uygun 5	Benim durumuma uygun 4	Benim durumuma kısmen uyuyor 3	Benim durumuma uygun değil 2	Benim durumuma hiç uygun değil 1
1 Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.					
2 Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.					
3 Ailem aldığı kararları destekler.					
4 Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.					
5 Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.					
6 Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.					
7 Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8 Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.					
9 Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığını hissediyorum.					
10 Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.					
11 Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam					

	etmem konusunda bana yardımcı oldu.					
12	Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.					
13	Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.					
14	Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum.					
15	Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.					
16	Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.					
17	Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.					
18	Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımın yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.					
19	Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.					
20	Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.					
21	Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim.					
22	Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını düşünüyorum.					
23	Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.					
24	Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.					
25	Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.					
26	Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.					
27	Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.					
28	Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim.					

29	Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.					
30	Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.					
31	Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmeme neden oluyor.					
32	Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.					
33	Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34	Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.					
35	Ailem hastalığımın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.					

Ek-8. Ölçek Kullanım İzinleri

EA

esra akın
Kime: Betül Çelik >

9.05.2023

Ynt: Bakım Bağımlılığı Ölçeği hakkında

Sayın Çelik,
Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz Bakım Bağımlılığı Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar diliyorum.
Prof.Dr.Esra AKIN

Betül Çelik < 9 May
2023 Sal, 14:42 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba Ben Betül ÇELİK Erzurum Atatürk üni. İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmamda geliştirmiş olduğunuz Bakım Bağımlılığı Ölçeğinizi izninizle kullanmak istiyorum
Çalışmalarınızda başarılar ve kolaylıklar dilerim. Saygılar

NOT: İzin vermeniz halinde ölçeğin orjinalinide göndermenizi de rica ederim.





Betül Çelik

Kime:

12:38



İlet: Edmonton Kırılganlık Ölceği

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Kimden: Hülya Eskiizmirli

Tarih: 3 Mayıs 2023 17:43:29 GMT+3

Konu: İlet: Edmonton Kırılganlık Ölceği

Merhaba Betül hanım
Yüksek lisans tezim kapsamında Prof Dr Çiçek
Fadiloglu, Prof Dr Fisun Senuzun Aykar ve Doç. Dr.
Sevnaz Şahin rehberliğinde geçerlik ve güvenilirliğini
yapmış olduğum Edmonton Kırılganlık Ölçeğini size
iletıyorum. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.
Saygılarımla
Hulya Eskiizmirli Aygör

Kimden: Berrin Özyurt

Tarih: 23 Mart 2023 14:34:36 GMT+3

Konu: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Hakkında

Merhaba Betül hanım,
Tabii kullanabilirsiniz, referans vermek kaydıyla. Ekte ölçüm aracını ve değerlendirme kriterlerini gönderiyorum.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

From: Betül Çelik

Sent: Wednesday, March 22, 2023 3:36 PM

To: Berrin Özyurt

Subject: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Hakkında

Merhaba Ben Betül ÇELİK Erzurum Atatürk üni. İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmamda geliştirmiş olduğunuz **Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğini** izninizle kullanmak istiyorum
Çalışmalarınızda başarılar ve kolaylıklar dilerim.
Saygılar

NOT: İzin vermeniz halinde ölçeğin orijinalinde göndermenizi de rica ederim.

Bu elektronik postada bulunan tüm fikir ve görüşler ve ekindeki dosyalar sadece adres sahip/sahiplerine ait olup,
Yasar Üniversitesi bu mesajın içeriği ile